



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUZINEIDE DE JESUS BEZERRA MODESTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
INDIVÍDUOS ANTES E APÓS INSERÇÃO EM UM PROGRAMA DE PERDA DE
PESO**

**ARACAJU
2016**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUZINEIDE DE JESUS BEZERRA MODESTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
INDIVÍDUOS ANTES E APÓS INSERÇÃO EM UM PROGRAMA DE PERDA DE
PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, cuidado e saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão do cuidado no contexto do SUS e as políticas em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Cristina Freire Abud

ARACAJU
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

M691a Modesto, Luzineide de Jesus Bezerra
Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos antes e após inserção em um programa de perda de peso / Luzineide de Jesus Bezerra Modesto; orientadora Ana Cristina Freire Abud. – Aracaju, 2016.
103 f.: il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.

1. Obesidade. 2. Qualidade de vida. 3. Emagrecimento. 4. Promoção da saúde. I. Abud, Ana Cristina Freire, orient. II. Título.

CDU 616-083:613. 24

LUZINEIDE DE JESUS BEZERRA MODESTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
INDIVÍDUOS ANTES E APÓS INSERÇÃO EM UM PROGRAMA DE PERDA DE
PESO**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Sergipe como
requisito para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cristina Freire Abud

Profa. Dra. Ana Dorcas de Melo Inagaki

Profa. Dra. Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro

PARECER

DEDICATÓRIA

A Deus, pela presença constante em minha vida. “Tudo posso NAquele que me fortalece”.

Aos meus pais, **Luiz Bezerra de Araújo (in memoriam)** e **Maria Generina de Jesus**, que me deram a vida e contribuíram essencialmente para minha formação pessoal e profissional.

Ao meu esposo **Anailson Pereira Modesto** pela paciência e incentivo.

Aos meus queridos filhos, **Lucas, Arthur, Ana Luiza e Ana Clara**, minhas maiores motivações.

AGRADECIMENTOS

À orientadora **Profa. Dra. Ana Cristina Freire Abud**, por ser a maior incentivadora para que adentrasse no mundo científico, pela paciência e, sobretudo pela disposição em continuar a orientação deste trabalho já na metade do percurso.

À **Profa. Dra. Cristiane Franca Lisboa Gois**, pela acolhida no período em que estive sem orientadora e por apresentar o viés qualidade de vida relacionada à saúde, componente deste trabalho.

À **Profa. Dra. Ana Dorcas Inagaki**, por sua atenção e valiosa colaboração.

À **Profa. Dra. Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro** por suas sugestões.

Ao Enfermeiro **Caíque Jordan** por sua contribuição e atenção dispensada.

Ao Prof. e estatístico **Rodrigo Silva** pelo suporte especializado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN) pelos ensinamentos, e aos funcionários do PPGEN.

A todas as colegas do mestrado, pelos momentos inesquecíveis, principalmente **Aline de Oliveira, Pablaine Marinho e Gabryella Garibaldi** e em especial e particularmente à amiga **Simonize Cunha Barreto de Mendonça** pela contribuição, carinho e cuidadosa atenção.

À equipe multiprofissional do ambulatório em especial **Hugo Leonardo S. Reis**, aos profissionais do serviço de endocrinologia do Hospital Universitário, pela atenção e presteza, especialmente a Dra. **Ana Denise da Costa**, Dra. **Ângela Leal**, às nutricionistas **Fernanda Almeida** e **Márcia Cândido**, às enfermeiras **Andréa Aragão** e **Diana dos Santos** e à Téc. de enf. **Márcia Alves**.

Aos colegas de trabalho: **Ana Lúcia Aragão, Adriana Nolasco, Dernival Souza Filho, Erenita Andrade, Jalcira Izidro, Juvina Lima, Marco Aurélio Prado, Maria Alice Taveira, Maria Cecília Mendonça, Márcio Alves, Patrícia Costa, Vera Mendonça, Vera Alves de Oliveira e Wolney Maciel**. Ao atual coordenador de auditoria **Joselires Júnior**. A todos meu carinho especial pelo convívio solidário, especialmente agradeço a **Antônio Augusto Santana Nascimento**.

Ao coordenador geral do NUCAAR, **Rodrigo Vasconcelos de Lacerda**.

A todos que de alguma forma contribuíram para elevação de meu grau de conhecimento, o meu muito obrigado!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, **Luiz Bezerra de Araújo** (in memoriam) e a **Maria Generina de Jesus**, meus exemplos de superação.

Ao meu esposo **Anailson Pereira Modesto**, não somente pelo incentivo, mais pela constante colaboração.

À minha querida irmã **Devanir de Figueiredo Bezerra**, grande incentivadora na busca do conhecimento, pela amizade, companheirismo, cumplicidade e, por fazer o “fardo” se tornar mais leve em todos os momentos de minha vida.

Ao meu querido irmão **Edson de Jesus Bezerra**, por sua valiosa contribuição para realização deste sonho e principalmente por ter acreditado.

As minhas queridas irmãs **Lindinete de Jesus Bezerra (Lindinha)** e **Lindineide de Jesus Bezerra (Ninha)**, sempre na torcida otimista.

Ao meu querido irmão **Degivaldo DeFigueiredo Bezerra**, fonte de inspiração.

A toda minha família, meus sinceros agradecimentos.

À amiga-irmã e comadre **Ana Cristina Freire Abud**, pela injeção de ânimo, companheirismo e principalmente, pelo discernimento no desempenho dos papéis de amizade e orientação.

À amiga-irmã **Erenita Alves Andrade de Oliveira (Nita)**, pela fundamental parceria, apoio, carinho e frequente motivação.

À minha ex-coordenadora de auditoria, **Vera Cristina Alves de Oliveira Soares**, meu agradecimento especial, por ser duplamente responsável por esta conquista, sem a sua compreensão, nada disso seria possível.

Aos pacientes, que participaram do estudo, pela disponibilidade e por compartilharem suas experiências de vida para a construção do resultado dessa pesquisa.

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria
aperta e daí afrouxa, sossega e
depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”*

Guimarães Rosa

RESUMO

A obesidade tornou-se uma ameaça crescente para a população mundial e dessa, provém vários problemas de saúde enfrentados pelos indivíduos. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de indivíduos antes e seis meses após inserção em um programa de perda de peso. O estudo foi observacional, descritivo, exploratório, prospectivo com abordagem quantitativa realizado no Ambulatório de Especialidades do Hospital da Universidade Federal de Sergipe no período de maio de 2015 a maio de 2016. A amostra foi do tipo, não probabilística por conveniência, composta por 35 pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sobre informações sócio demográficas e clínicas, além dos instrumentos Item Short Form Health Survey (SF-36) e Impact Of Weight On Quality Of Life-Lite (IWQOL-Lite), que avaliam a qualidade de vida relacionada saúde geral e específica para a redução do peso, respectivamente. Os dados foram analisados por meio de estatísticas simples e testes como Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, t-Student e Wilcoxon, sendo admitida uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$). A média de idade foi de 42 anos. Houve predominância do sexo feminino, a maioria residente na grande Aracaju, cor da pele não branca, renda de até dois salários mínimos, baixa escolaridade e sem companheiro fixo. Na avaliação de segmento 77,1% dos pacientes obtiveram perda de peso, 5,7% perderam o suficiente para modificar a classe de obesidade. Houve associação significativa entre as médias dos níveis pressóricos antes e após inserção no programa. O instrumento genérico mostrou, na avaliação pré inserção no programa, correlações positivas e significativas de alguns domínios com as variáveis, sexo, cor da pele, escolaridade e atividade física. Comorbidades e Índice de massa corpórea (IMC) apresentaram correlações significativas, embora negativas para aspectos emocionais. Acrescenta-se à comorbidades correlações com capacidade funcional, aspectos físicos e aspectos sociais. Na avaliação após inserção, as variáveis sexo e atividade física associaram-se a todos os domínios. Em relação à atividade física às exceções foram os domínios estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental. Comorbidades e IMC se correlacionaram negativamente com capacidade funcional, além de aspectos físicos e saúde mental respectivamente. O instrumento específico mostrou na avaliação pré inserção correlação significativa de algumas variáveis, no entanto o destaque foi para atividade física que apresentou correlação significativa e positiva com todos os domínios, a exceção do domínio vida sexual. Houve correlação negativa das variáveis comorbidades com o domínio trabalho; peso com dificuldades em locais públicos e trabalho, além de IMC com todos os domínios, à exceção autoestima. Na avaliação pós, as variáveis, escolaridade, sexo e atividade física se correlacionaram com a maioria dos os domínios. Houve correlações negativas entre comorbidades e vida sexual; peso e IMC com dificuldades em locais públicos. Conclui-se que a diminuição do peso foi significativa para redução dos níveis pressóricos. O elevado nível de escolaridade, o sexo, e atividade física foram os fatores que mais interferiram na QVRS dos pacientes.

Descritores: Qualidade de Vida; Obesidade; Redução de Peso; Promoção de Saúde.

SUMMARY

The obesity has become a growing threat to the population of the world which come from a lot of health problems are faced by individuals. This study aims to evaluate the quality of life is related to health (HRQOL) of individuals six months before and after their participation into a loss weight program. The study was observational, descriptive, exploratory, prospective with quantitative approach made in the first aid room of specialties of the Hospital of the Federal University of Sergipe from May 2015 to May 2016. The sample was not probabilistic type because the convenience which was composed by 35 patients. The Data collection was made through a questionnaire about sociodemographic clinical information, besides the tools Item Short Form Health Survey (SF-36) and Impact Of Weight On Quality Of Life-Lite (IWQOL-Lite), which evaluates the quality of life is related to general health and specific weight reduction, respectively. The Data were analyzed using simple statistics and tests such as Chi-square test, Fisher exact test, Student's t and Wilcoxon, considering the statistical significance of 5% ($p < 0.05$). The average age was 42 years. The Patients were predominantly female, most of them live in large Aracaju with color skin is not white, until two minimum wages, low education level and without a steady partner. About the evaluation of the segment, 77.1% of the patients reduced weight, 5.7% lost enough to modify the obesity class. There was a significant association between the blood pressure level before and after their insertion in the program. The generic instrument showed in evaluation of the pre-insertion in the program, positive and significant correlations of some areas with the variables sex, skin color, education and physical activity. The Comorbidities and body mass index (BMI) showed significant correlations, although negative for emotional aspects. It is added to the comorbid correlations with functional capacity and physical social aspects. In the evaluation after insertion, the gender and physical activity were associated with all areas. Regarding physical activity, the exceptions were the domain general health, social aspects and mental health. Comorbidities and BMI were negatively correlated with functional capacity as well as physical aspects and mental health, respectively. The specific instrument showed in the evaluation of pre-insertion significant correlation of some variables, however physical activity was highlighted which showed significant positive correlation with all areas, except the area sex. There were negative correlations between the comorbidities with the aspect work, weight with difficult in public places and also in work, moreover the BMI with every aspects, except the self-esteem. In the evaluate after the participation, the variables education level, sex and physical activity were correlated with the most of domain. It is occurred negative correlation between comorbidity the sexual life, weight and MBI, with difficult in public places. Therefore, the loss weight was significant in the reduction of the blood pressure levels. The high education level, gender and physical activity were the factors that interfere in the HRQOL of patients.

Keywords: Quality of life; Obesity; Weight Reduction; Health Promotion.

RESUMEN

La obesidad se ha convertido en una amenaza creciente para la población del mundo cuales provienen de una gran cantidad de problemas de salud se enfrentan los individuos. Este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida es relacionada con la salud (CVRS) de los individuos seis meses antes y después de su participación en un programa de pérdida de peso. El estudio fue observacional, descriptivo, exploratorio, prospectivo con enfoque cuantitativo realizado en la sala de primeros auxilios de especialidades del Hospital de la Universidad Federal de Sergipe de mayo de 2015 hasta mayo de 2016. La muestra fue no probabilística de tipo debido a que el wich conveniencia fue compuesta por 35 pacientes. La recogida de datos se realiza a través de un cuestionario acerca de la información clínica sociodemográfico, además de las herramientas de artículos de la forma corta de la Salud (SF-36) y el impacto de Peso sobre Calidad de Vida-Lite (IWQOL-Lite), que evalúa la calidad de vida es relacionada para la salud general y la reducción de peso específico, respectivamente. Los datos se analizaron por simples estadísticas y pruebas como la prueba de Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, t de Student y Wilcoxon, teniendo en cuenta la significación estadística de 5% ($p < 0,05$). La edad media fue de 42 años. Los pacientes eran predominantemente mujeres, la mayoría de ellos viven en gran Aracaju con la piel color no es blanco, sino hasta dos salarios mínimos, bajo nivel de educación y sin una pareja estable. Acerca de la evaluación del segmento, 77,1% de los pacientes reduce peso, 5,7% perdido bastante a modificar la clase de la obesidad. Se observó una asociación significativo entre el nivel de presión arterial antes y después de su inserción en el programa. El instrumento genérico mostró en la evaluación de la pre-inserción en el programa, las correlaciones positivas y significativas de algunas zonas con las variables sexo, color de piel, la educación y la actividad física. El índice de comorbilidad y de masa corporal (IMC) mostró correlaciones significativas, aunque negativo a los aspectos emocionales. Se añade a las correlaciones de comorbilidad con la capacidad funcional y los aspectos sociales físicas. En la evaluación después de la inserción, el sexo y la actividad física son los que todas las áreas. En cuanto a la actividad física, las excepciones fueron el dominio de la salud en general, los aspectos sociales y de salud mental. Comorbilidades y el IMC se correlacionó negativamente con la capacidad funcional, así como los aspectos físicos y de salud mental, respectivamente. El instrumento específico mostró en la evaluación de pre-inserción correlación significativa de algunas variables, bruja sin embargo la actividad física se destacó mostró correlación positiva significativa con todas las áreas, excepto la zona sexo. Hubo correlaciones negativas entre las comorbilidades con el trabajo aspecto, peso difícil en lugares públicos y en el trabajo, además, el índice de masa corporal con todos los aspectos, excepto la autoestima. En el evaluar después de la participación, las variables de nivel de educación, sexo y actividad física se correlacionaron con la mayoría de dominio. Se produjo correlación negativa entre la comorbilidad de la vida sexual, peso y MBI, con difícil en lugares público. Por lo tanto, la pérdida de peso fue significativa en la reducción de los niveles de presión arterial. El alto nivel de educación, el sexo y la actividad física fueron los factores que interfieren en la CVRS de los pacientes.

Palabras clave: Calidad de vida; La obesidade; La reducción de peso; Promoción de la Salud.

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

Quadro 1. Classificação internacional de sobrepeso e obesidade de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC) no adulto25

Figura 1. Apresentação das médias e valores mínimos e máximos, quanto aos domínios do instrumento SF-36 na avaliação pré e pós-inserção no programa de peso. Sergipe. 2016.....52

Figura 2. Apresentação das médias e valores mínimos e máximos, quanto aos domínios do instrumento IWQOL-Lite na avaliação pré e pós inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016.....53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos pacientes em programa de redução de peso de acordo com as características sociodemográficas. Sergipe. 2016.....	44
Tabela 2. Distribuição dos pacientes em programa de redução de peso de acordo com as variáveis clínicas e a prática de atividade física. Sergipe. 2016.....	46
Tabela 3. Comparação de médias das variáveis de acordo com as características clínicas nas avaliações pré e pós-inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016.....	47
Tabela 4. Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com os domínios do instrumento SF- 36 e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016.....	48
Tabela 5. Distribuição das variáveis clínicas de acordo com os domínios do instrumento SF- 36 e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016.....	49
Tabela 6. Distribuição das variáveis clínicas de acordo com os domínios do instrumento IWQOL-Lite e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016.....	49
Tabela 7. Distribuição das variáveis clínicas de acordo com os domínios do instrumento IWQOL-Lite e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016.....	50
Tabela 8. Distribuição dos 35 pacientes com relação aos domínios dos instrumentos IWQOL-Lite e SF-36 e suas respectivas médias, valores mínimo e máximo encontrados na avaliação pré e pós inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016.....	51

LISTA DE SIGLAS

ABESO	-	Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica;
AE	-	Autoestima;
AEM	-	Aspectos emocionais;
AF	-	Atividade Funcional;
AMA	-	American Medical Association;
ANEP	-	Associação Nacional de Estudos Psicanalíticos;
AS	-	Aspectos Sociais;
CF	-	Capacidade Funcional;
CFM	-	Conselho Federal de Medicina;
CID	-	Código Internacional de Doenças;
CLAO	-	Consenso Latino- Americano em Obesidade;
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
DLP	-	Dificuldades em Locais Públicos;
DM	-	Diabetes Mellitus;
DOR	-	Dor;
DP	-	Desvio Padrão;
EGS	-	Estado Geral de Saúde;
EUA	-	Estados Unidos da América;
FELAEN	-	Federação Latino-Americana de Endocrinologia;
FF	-	Função física;
FLASO	-	Federação Latino-Americana de Obesidade;
GM	-	Gabinete do Ministério;
h ²	-	Altura ao quadrado;
HAS	-	Hipertensão Arterial;
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano;
IFPRI	-	International Food Policy Research Institute – Instituto Internacional de Pesquisa e Política de Alimentos;
IHME	-	Institute for Health Metrics and Evaluation – Instituto de Metrologiae Avaliação de Saúde;
IMC	-	Índice Massa Corpórea;

IWQOL	-	Lite Impact Of Weigth On Quality Of Life-Lite - Questionário Sobre o Impacto do Peso na Qualidade de Vida;
Kg	-	Quilograma;
m ²	-	Metro quadrado;
MS	-	Ministério da Saúde;
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
OMS	-	Organização Mundial de Saúde;
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde;
PIB	-	Produto Interno Bruto;
PNAD	-	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio;
PNPS	-	Política Nacional de Promoção da Saúde;
PNS	-	Pesquisa Nacional de Saúde;
POF	-	Pesquisa de Orçamentos Familiares;
PSE	-	Programa Saúde na Escola;
QV	-	Qualidade de Vida;
QVRS	-	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde;
SBEM	-	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia;
SF- 36	-	Item-Short Form Health Survey;
SM	-	Saúde Mental;
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde;
SUS	-	Sistema Único de Saúde;
TRB	-	Trabalho;
UFS	-	Universidade Federal de Sergipe;
VIGITEL	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico;
VIT	-	Vitalidade;
VS	-	Vida Sexual.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Geral.....	21
3.2 Específicos	21
4 REVISÃO DA LITERATURA	22
4.1 Excesso de Peso e Obesidade	21
4.2 Aspectos Epidemiológicos de Sobrepeso e Obesidade no Mundo	22
4.3 Aspectos Epidemiológicos de Sobrepeso e Obesidade no Brasil e em Sergipe	23
4.4 Classificação da Obesidade	25
4.5 Causas da Obesidade	26
4.6 Consequências da Obesidade	28
4.7 Prevenção e Tratamento da Obesidade.....	30
4.8 Qualidade De Vida (QV).....	32
4.8.1 Definição	32
4.9 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e os Instrumentos de Avaliação Genérica e Específica.	32
5 MÉTODO.....	35
5.1 Tipo de Estudo	35
5.2 Local do Estudo.....	35
5.3 População	36
5.4 Critérios de Inclusão.....	36
5.5 Critérios de Não - Admissão.....	36
5.6 Critérios de Exclusão.....	36
5.7 Amostra do Estudo.....	37
5.8 Instrumentos de Coleta de Dados	37
5.8.1 Instrumento SF-36.....	39
5.8.2 Instrumento IWQOL- Lite.....	40
5.9 Coleta de Dados.....	41
5.10 Aspectos Éticos.....	41
5.11 Riscos e Benefícios	42

5.12 Análise dos Dados	42
6 RESULTADOS.....	43
6.1 Características Sociodemográficas dos Pacientes.....	43
6.2 Características Clínicas dos Pacientes	44
6.3 Correlações entre Características Sociodemográficas, Clínicas e os Escores de Domínios Referentes à QVRS.....	47
7 DISCUSSÃO	54
7.1 Características Sociodemográficas dos Pacientes com Obesidade.....	54
7.2 Características Clínicas dos Pacientes com Obesidade	57
7.3 Correlações entre Características Sociodemográficas, Clínicas de Pacientes com Obesidade e Domínios do SF-36	60
7.4 Correlações entre Características Sociodemográficas, Clínicas de Pacientes com Obesidade e Domínios do IWQOL-Lite	65
7.5 Correlações entre as Médias por Domínio dos Instrumentos <i>IWQOL-Lite</i> e SF-36 nas Avaliações Pré e Pós-inserção no Programa de Perda de Peso.....	68
7.6 O Programa de Perda de Peso e Abordagem Multidisciplinar	69
8 CONCLUSÃO	71
9 CONSIDERAÇÕES.....	73
10 REFERÊNCIAS.....	74
11 APÊNDICES	89
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	89
Apêndice B - Autorização para Pesquisa.....	91
Apêndice C - Termo de Confidencialidade para o Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário	93
Apêndice D - Questionário Sociodemográfico.....	95
12 ANEXOS	96
Anexo 1 - Questionário IWQOL-Lite (Impact of weight on quality of life-lite)	96
Anexo 2 - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde - SF-36.....	99
Anexo 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	102

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a obesidade é uma epidemia mundial definida como uma doença grave, crônica, multifacetada, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

A Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) adota a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a obesidade como um acúmulo de gordura, anormal ou excessivo, em todo o corpo. Integrante do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), sua etiologia resulta de um processo que envolve aspectos genéticos e ambientais (ABESO, 2009; OMS, 2016).

Entre os anos 1980 e 2014, a prevalência da obesidade no mundo mais do que dobrou, atingindo adultos e crianças. Em 2014, cerca de dois bilhões de adultos estavam acima do peso, dentre estes mais de 600 milhões de indivíduos obesos, as mulheres concentraram maior número para obesidade. Neste mesmo ano, havia 41 milhões de crianças obesas com idade inferior a cinco anos. A prevalência do sobrepeso e da obesidade é maior nas Américas e menor no sudeste da Ásia. Em todas as regiões, as mulheres estiveram mais propensas a serem obesas do que os homens (OMS, 2016).

No Brasil, o índice de brasileiros com excesso de peso é cada vez maior, atingindo atualmente mais da metade da população adulta. Dados apontam que O número de pessoas obesas apresenta-se estável, embora não seja baixo, pois 17,9% dos indivíduos com mais de 18 anos têm obesidade. Em Sergipe a realidade não é diferente, sendo que a capital acompanha o cenário nacional, apresentando o índice de 51% de adultos com excesso de peso e 19% com obesidade (BRASIL, 2015).

O aumento de peso é fator de risco para doenças cardiovasculares e diabetes, entre outras que representam 72% dos óbitos no Brasil. Os indivíduos obesos, além dos riscos para desenvolverem doenças crônicas, podem apresentar maior possibilidade de comprometimento funcional no âmbito psicossocial e físico, pois comumente sofrem de estigmas sociais e discriminação (BRASIL, 2015; KOOHKAN *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que a obesidade é causada pelo desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as calorias gastas, aspectos como mudanças dos padrões alimentares, inatividade física, natureza de trabalhos sedentários, mudanças no meio de transporte e o aumento da urbanização contribuem com o crescimento da incidência. Como consequência, o aumento do peso implica na elevação do índice de massa corpórea (IMC). (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010).

Contudo, o excesso de peso e a obesidade são condições físicas evitáveis, podendo ser reduzidas ou mesmo prevenidas mediante apoio às pessoas no processo de fazer escolhas. Dessa maneira, considera-se uma estreita relação entre o sobrepeso/obesidade e a qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS (OMS, 2016; KOOHKAN *et al.*, 2014).

Neste sentido, faz-se necessária a percepção do sujeito quanto ao contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e a relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, o que se pode definir como qualidade de vida (QV). Nesta perspectiva, QV é um conceito em formação, não pertencente somente ao viés da saúde e não se esgota nas condições objetivas de que dispõem os indivíduos, mas também no significado que as pessoas dão a essas condições e à maneira como vivem (FLECK, 2008; ALMEIDA, 2012).

A motivação para a realização deste trabalho ocorreu mediante observação feita pela pesquisadora acerca da acentuada procura dos pacientes pelo endocrinologista para fins de tratamento para redução do peso, somado ao elevado número de reclamações judiciais com o intuito de viabilizar a inserção nos programas de redução de peso do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando se deseja a redução de peso por métodos invasivos, como é o caso da cirurgia bariátrica. Dessa maneira, foi formulado o seguinte questionamento: pacientes inseridos no programa de perda de peso estão experimentando melhoria na qualidade de vida?

Esse estudo foi proposto com o intuito de acompanhar por seis meses uma clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) por ocasião da admissão no programa de redução de peso. É importante ressaltar que reconhecidos autores têm afirmado que apesar da associação entre a obesidade e o risco acrescido de morbidade e mortalidade, há pouca evidência do impacto do excesso de peso na QVRS da população em geral (SANTOS; PEREIRA, 2008).

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes antes e seis meses após a inserção em um programa de perda de peso no ambulatório de endocrinologia da Universidade Federal de Sergipe.

Espera-se com esse estudo fomentar discussões quanto às melhores práticas para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com sobrepeso e/ou obesidade, além de suscitar no enfermeiro a importância do seu papel no acompanhamento do paciente no programa, por meio não somente do exame clínico e orientação farmacológica, mas também no apoio quanto à mudança geral no estilo de vida.

2 JUSTIFICATIVA

O programa de perda de peso, classificado como atendimento de alta complexidade, faz parte do serviço de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe. O programa iniciado em 1992 faz parte do SUS. Sofreu suspensão de atendimento aos indivíduos obesos em geral por aproximadamente um ano, até reiniciar em maio de 2014. Neste período, manteve essencialmente o seguimento dos pacientes com previsão de cirurgia bariátrica. Esta interrupção ocorreu devido à restrição no número de profissionais da saúde para tal procedimento. Em maio de 2014, novos profissionais foram inseridos para a continuação dos trabalhos do programa, não somente para o pré-operatório de cirurgia bariátrica, mas também para o acompanhamento clínico.

Considerando o elevado índice de obesidade em nosso estado e a frequente procura para a inserção no programa de perda de peso por parte dos pacientes encaminhados de outros serviços, ou por meio de demandas judiciais para inserção, este estudo foi desenvolvido objetivando avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos antes e seis meses após a inserção no programa de perda de peso do ambulatório do HU.

Segundo Koohkan *et al.* (2014), dentre as recomendações terapêuticas, existe um consenso que indivíduos com sobrepeso e obesos necessitam de estratégias práticas na perspectiva da obtenção da qualidade de vida relacionada à perda de peso.

Neste sentido, levantou-se a hipótese de que há melhoria dos escores da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas quando associada à redução de peso, principalmente a partir do acompanhamento realizado por equipe multiprofissional. Almeja-se, portanto, a partir dos resultados deste estudo, instigar a equipe de saúde (especialmente o enfermeiro), a sociedade, a comunidade acadêmica, bem como nossos dirigentes, no sentido da implementação de políticas públicas locais voltadas para a prevenção e cura da obesidade na população em geral.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos antes e seis meses após inserção em um programa de perda de peso.

3.2 Específicos

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de indivíduos, antes da inserção, em um programa de perda de peso;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de indivíduos, após seis meses de inserção em um programa de perda de peso;
- Verificar se há associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) com variáveis clínicas e sociodemográficas dos indivíduos inseridos no programa de perda de peso;
- Identificar fatores relacionados à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nos indivíduos inseridos em um programa de perda de peso.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Excesso de Peso e Obesidade

O excesso de peso e a obesidade são o acúmulo anormal de gordura que pode ser prejudicial à saúde do indivíduo. O diagnóstico da obesidade depende de várias medidas antropométricas e da identificação de níveis de risco. O IMC, método mais utilizado, é um índice simples que provê a medida do nível de acúmulo de gordura para os adultos de ambos os sexos e em qualquer idade. Calcula-se o IMC dividindo-se o peso (em quilogramas) do paciente pela sua altura (em metros) elevada ao quadrado (OMS, 2016).

4.2 Aspectos Epidemiológicos de Sobrepeso e da Obesidade no Mundo

A população mundial encontra-se obesa, pois cerca de dez por cento dos adultos estão nesta condição, com a prevalência maior entre as mulheres (FINUCANE *et al.* 2011).

A OMS afirma que em todas as regiões do mundo a obesidade duplicou entre os anos de 1980 e 2008, além de constituir a causa de morte de 2,8 milhões de pessoas por ano. A maior incidência da doença encontra-se no continente americano, onde 26% dos adultos são obesos, enquanto no sudeste asiático apenas 3% da população é de obesos (OMS, 2016).

Segundo dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (2014), no mundo todo entre os anos de 1980 e 2013, a proporção de crianças, adolescentes e adultos com excesso de peso e obesidade aumentou substancialmente, embora em países desenvolvidos, de 2006 em diante, houve um abrandamento no acréscimo da obesidade de adultos. Já nos países em desenvolvimento, em 2013 a população adulta superou as estimativas de prevalência da obesidade.

Segundo o relatório da OMS, atualmente muitas crianças estão crescendo em ambientes que incentivam o ganho de peso e a obesidade, é o chamado ambiente obesogênico. Decorrente da globalização e da crescente urbanização, este tipo de ambiente aumenta a cada dia em países de alta, média e baixa renda. No período de 1990 a 2014, o percentual de sobrepeso em crianças menores de 5 anos aumentou de 4,8% para 6,1% (OMS, 2016).

Em 2014, dados globais revelaram que aproximadamente dois bilhões de adultos em todo o mundo estavam acima do peso e, dentre estes, mais de meio bilhão eram obesos. Sendo que 11% eram do sexo masculino e 15% do sexo feminino. A maior prevalência do sobrepeso e obesidade continuou nas Américas, com 61% do sobrepeso em ambos os sexos e 27% de obesidade. Já o menor índice continuou na região do sudeste Asiático, com 22% de sobrepesos e 5% de obesos. Em todas as regiões do globo houve aumento dos índices de sobrepeso e da obesidade, assim como em todas as regiões as mulheres apresentaram-se mais propensas à obesidade do que os homens (OMS, 2016).

Segundo o relatório publicado com dados referentes a 2015, são nos países de média e baixa renda onde se pode encontrar a coexistência da obesidade e da desnutrição no mesmo grupo familiar. Ambas se configuram como um problema de saúde pública (INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE, 2016).

A estatística aumentou, porém os dados concentram-se igualmente nas mesmas regiões. Em países africanos, no Sudeste Asiático e no Mediterrâneo Oriental, as mulheres apresentaram-se com o dobro da prevalência de obesidade em relação aos homens. Desta vez os países de alta renda apresentaram prevalência de obesidade, sendo quatro vezes maior que nos países de baixa renda. Contudo, são nos países de média e baixa renda que a obesidade entre as mulheres mais que dobrou em relação aos homens. Nos últimos 33 anos nenhum país obteve reduções significativas da obesidade. A estatística é ascendente, substancial e generalizada para curto intervalo de tempo (OMS, 2016; MARIE et al, 2014).

4.3 Aspectos Epidemiológicos de Sobrepeso e Obesidade no Brasil e em Sergipe

O processo ascendente do aumento de peso, no Brasil, ocorreu a partir de 1974 e deveu-se à melhoria das condições de vida das classes mais pobres, onde a população passou a ter maior acesso aos alimentos denominados obesogênicos (açúcar refinado, lipídios, dentre outros), associados ao estilo de vida sedentário e à crescente urbanização (ABESO, 2009; KEHER, 2007).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) revelou o aumento de sobrepeso e obesidade em todas as classes sociais e em ambos os sexos, além de destacar que os brasileiros de menor renda apresentaram maior prevalência de obesidade que os de maior renda, especialmente entre as mulheres (IBGE, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no Brasil, baseada em dados de 2013, trouxe informações referentes à má alimentação na infância, onde mais de 30% das crianças, com idade menor que dois anos, consomem refrigerantes ou sucos artificiais, e 61% consomem alimentos com grande quantidade de açúcar (bolos, biscoitos recheados e doces). Além disso, o excesso de peso em adultos abrange mais da metade da população feminina e masculina, enquanto a obesidade se apresenta em 16,8% dos homens e 24,4% em mulheres (IBGE, 2015).

Pesquisa realizada anualmente pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) trouxe que em 2014, 52,5% dos brasileiros estavam acima do peso ideal. A população masculina com excesso de peso chegou a 56,5%, em detrimento das mulheres que atingiram 49,1%. Quanto à faixa etária mais afetada pelo excesso de peso, indivíduos com faixa etária de 45 a 64 anos ultrapassaram 61%, em detrimento de 38% dos jovens com idades entre 18 e 24 anos. Quanto à obesidade, apesar de ter o índice aumentado para 17,9%, não houve diferença significativa entre os sexos (BRASIL, 2015).

Por se tratar de pesquisa realizada por telefone e, considerando que há uma tendência das pessoas subestimarem seu peso, tais aspectos podem evidenciar que estes dados sejam ainda mais elevados (ABESO, 2011).

Dados do Estado de Sergipe, apresentados pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde de 2012, também indicaram aumento do IMC das pessoas entre os anos de 2006 e 2010. Em Aracaju houve crescimento no índice de pessoas com excesso de peso, passando de 40,3% em 2006, para 51,5% em 2012. O número de pessoas obesas também aumentou de 13%, em 2006, para 18% em 2012. Ao mesmo tempo ocorreu a redução progressiva da prevalência de atividade física, sendo que o lazer entre adultos do município caiu de 16% em 2006, para 14,9% em 2010 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Segundo dados da VIGITEL, a capital sergipana acompanha a tendência nacional, onde 51% da população em 2014 estava com excesso de peso, sendo o percentual maior para o sexo masculino, que apresentou índice de 49,7%, contra 47,8% para as mulheres. A pesquisa mostrou ainda que em Aracaju 17,9% da população tem obesidade, sendo que 19% dos obesos são do sexo masculino e 17% do sexo feminino (BRASIL, 2015).

O tema obesidade tem despertado interesse do governo brasileiro no sentido de produzir instrumentos legais que garantam o direito à viabilização do tratamento da obesidade no rol das DCNT. Dentre estes, encontram-se a Portaria nº 252/GM, de 19 de fevereiro de 2013, a qual institui a Rede de Atenção aos portadores das DCNT; a Portaria nº 424/GM/2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; e a Portaria nº 425/GM/2013 que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Além dos instrumentos legais, outras ações são realizadas por iniciativa governamental no sentido de atender o paciente com excesso de peso e obesidade. Ações de intervenção como a inclusão do nutricionista, fisioterapeuta e educador físico em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); ações educativas como o Guia Alimentar para a População Brasileira e o livro Alimentos Regionais Brasileiros; ações de promoção à saúde por meio do Programa Saúde na Escola e incentivo à prática de atividade física com o Programa Academia da Saúde (PSE); além da campanha ‘Da Saúde se Cuida Todos os Dias’, com foco na Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo objetivo é incentivar mudanças individuais e de comportamento da população (BRASIL, 2015).

No contexto político mundial, dentre outras ações, o Brasil foi um dos países que assinou o Plano de Ação para a Prevenção e Controle da Obesidade em Crianças e Adolescentes, que exige a promoção da amamentação e alimentação saudável; implantação de políticas fiscais sobre produtos com elevado teor energético e pobre em nutrientes, além das bebidas açucaradas; regulamentação da rotulagem e venda de alimentos; melhoria na saúde escolar e nos locais de atividade física (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014).

4.4 Classificações da Obesidade

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) afirma que existem, a partir da medida do IMC, três definições para o indivíduo que está acima do peso. Considera-se com sobrepeso ou pré-obesos quando há mais gordura no corpo do que o ideal para uma vida saudável; obesidade é quando há o acúmulo de

gordura muito acima do normal, podendo gerar problemas graves de saúde; e obesidade mórbida é quando o valor do IMC ultrapassar o limite de 40 kg/m^2 , neste caso há o risco potencialmente aumentado para desenvolver doenças graves (ABESO, 2009; SBEM, 1999).

Segundo a OMS (1995), os valores de IMC são independentes da idade e do sexo, podendo não corresponder ao mesmo nível de gordura em diferentes populações devido, em parte, às diferentes proporções corporais. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para a Obesidade, há diferença entre as medidas antropométricas para crianças quando as medidas acompanham, necessariamente, variações específicas que relacionam altura e peso, associadas com a idade e o sexo, sendo neste caso denominada de percentil. Para os adultos, entre homens e mulheres, o IMC possui um valor absoluto na definição do peso corporal (OMS, 1995; ABESO, 2009).

Nessa direção, o risco para comorbidades para o adulto pode ser identificado a partir da associação entre o IMC (acima de 25 kg/m^2) e a distribuição de gordura pelo corpo, permitindo classificar a obesidade e os respectivos riscos. Segundo a OMS (1995), utilizando somente o IMC obtém-se o diagnóstico de sobrepeso e obesidade em adultos, conforme o quadro abaixo.

Quadro 1. Classificação internacional de sobrepeso e obesidade de acordo com o Índice de Massa Corpórea (IMC) no adulto.

Classificação	IMC (kg/m^2)
	Principais pontos de corte
Abaixo do peso	$<18,50$
Faixa normal	$18,50-24,99$
Excesso de peso	$\geq 25,00$
Pré – obesos	$25,00-29,99$
Obeso	$\geq 30,00$
Obeso, classe I	$30,00-34,99$
Obeso, classe II	$35,00-39,99$
Obeso, classe III	$\geq 40,00$

Fonte: OMS, 1995.

4.5 Causas da Obesidade

Por volta dos anos 70 a influência da genética na obesidade já era reconhecida. Mas foi somente na década de 90, quando se identificou o gene que expressa a leptina (proteína que “sinaliza” o cérebro quando deve iniciar a queima de calorias) que os cientistas comprovaram a origem genética dessa patologia (BRASIL, 2000).

Pesquisa recente encontrou que não é somente o fator hereditário e o meio ambiente do indivíduo que desencadeiam a obesidade. Fala-se também em programação nutricional, onde a alimentação dos pais influencia no fenótipo metabólico de sua prole (RANDO; SIMMONS, 2015).

Um estudo de corte mostrou que homens com obesidade mórbida, após perda de peso induzida por cirurgia bariátrica, apresentaram uma remodelação dramática no epigenoma do espermatozóide, em genes relacionados ao controle central do apetite. A pesquisa apresenta uma visão sobre como a obesidade pode propagar a disfunção metabólica para a próxima geração. A maioria das pesquisas concentra-se no ambiente materno, contudo, o metabolismo do indivíduo é influenciado tanto pelo ambiente materno, no período intrauterino, quanto pelas exposições paternas, e assim, ambos interferem no desenvolvimento posterior de desordens metabólicas em seus filhos (DUQUE-GUIMARÃES; OZANNE; SUSAN, 2013; DONKIN *et al.*, 2016).

O estresse crônico também está associado às doenças metabólicas que podem impactar tanto na perda de peso como na obesidade. Outro fator relevante é o baixo nível socioeconômico que, ligado ao estresse social, relaciona-se com o desenvolvimento destas doenças (RAZZOLI; BARTOLOMUCCI, 2016).

Além dos fatores genéticos e emocionais, também são responsáveis pela obesidade o hábito por alimentação rica em calorias, a base de gorduras e açúcares, além do ganho de calorias superior a queima. Paralelo a isto, ocorre à diminuição da atividade física, a urbanização crescente, mudanças nos meios de transporte e aumento de trabalhos com natureza sedentária, incorrendo numa desaceleração do metabolismo (OMS, 2016; REPETTO; RIZZOLLI; BONATTO, 2003).

Entretanto, cabe ressaltar que ainda há aqueles que defendem a disfunção hormonal como a principal causa da obesidade, em detrimento da relação de consumo e gasto calórico (TAUBES, 2012). No entanto, somente algumas

desordens endócrinas, como hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, quando comprovadas no indivíduo, podem conduzir à obesidade. Similarmente, as disfunções hormonais que ocorrem na puberdade, na menopausa ou na gravidez, podem causar aumento do peso. Em relação à síndrome genética, a população incluída nesses critérios representa uma fração reduzida dos indivíduos obesos, ou seja, para a maioria dos pacientes, tais achados não explicam a magnitude do problema de saúde pública representado por esta doença (LORDELO *et al.*, 2007; FERNANDES; FUJIWARA; MELO, 2011).

Um estudo realizado pelo departamento de nutrição da OMS demonstrou que a má nutrição, principalmente em crianças menores de cinco anos, está contribuindo para o aumento da obesidade no mundo e, por conseguinte, para o crescimento de doenças associadas. Dentre os 129 países analisados, 44% apresentaram níveis graves de desnutrição e obesidade, destacando que o número de crianças com excesso de peso equipara-se ao número de crianças abaixo do peso (OMS, 2016).

4. 6 Consequências da Obesidade

O aumento do IMC aumenta também o risco de consequências adversas provenientes da obesidade para a saúde, que variam desde o aumento do risco de morte prematura até as doenças cardiovasculares. Nesta conjuntura, as doenças cardíacas e o acidente vascular cerebral constituíram a principal causa de morte no ano de 2012 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003; OMS, 2016).

Nesse contexto, destaca-se ainda a ocorrência das doenças não fatais, mas que produzem efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas, como a diabetes, os distúrbios músculo-esqueléticos, principalmente a osteoartrite, alguns tipos de cancro, como o endometrial, da mama, do ovário, da próstata, do fígado, da vesícula biliar, do rim e do cólon, além de problemas cutâneos e infertilidade (MALNICK; KNOBLER, 2006; OMS, 2016).

No período da infância a obesidade está associada à maior probabilidade de obesidade futura, morte prematura e deficiência na vida adulta. Contudo, a criança obesa também enfrenta desafios como dificuldades respiratórias, aumento do risco de fraturas e hipertensão, dentre outras. Além disso, tanto a criança como o adulto sofrem com os feitos psicológicos (OMS, 2016).

Segundo Sinzato (2007), por muito tempo os clínicos associaram a obesidade a problemas emocionais, no entanto, várias pesquisas sugerem que alterações psicológicas encontradas em obesos são, na maioria dos casos, consequências e não causas da obesidade.

Ainda como consequência, a obesidade constitui um grupo de fatores de risco que, associados à hipertensão arterial, aumento da glicemia de jejum e triglicerídeos, e a redução do colesterol HDL, caracteriza a síndrome metabólica. Esta, por sua vez, também está associada a um elevado número de ocorrências cardiovasculares e a mortalidade (ABESO, 2011).

De acordo com o panorama mundial, onde o sexo feminino é o mais predominante para a obesidade, ressalta-se o impacto que a obesidade pode causar na vida da mulher. As consequências mais frequentes são a resistência à insulina, o hiperandrogenismo, que incorre em irregularidades no ciclo menstrual e ovulatório, tendo como consequência a subfertilidade, podendo provocar também a antecipação da puberdade, que frequentemente está associada à disfunção sexual. Similarmente implica no desenvolvimento e/ou progressão de dor lombar e osteoartrite de joelho. Na gestante a obesidade potencializa as possibilidades da morbimortalidade materna e fetal, pelo fato da mulher desenvolver maior risco de complicações como o diabetes gestacional e a hipertensão, além das gestantes com elevado índice de adiposidade apresentarem maior taxa de anormalidades fetais (OMS, 2016; KULIE *et al.*, 2011).

Outra consequência do aumento de peso é a manifestação precoce da doença de Alzheimer. Estudo recente traz que na meia idade, quanto maior o excesso de peso, mais aumenta são as possibilidades de manifestação precoce dessa doença. A pesquisa realizada no Instituto Nacional de Envelhecimento dos Estados Unidos da América (EUA) mostrou que aos 50 anos de idade, para cada medida de IMC de valor maior que 25Kg/m^2 , o tempo de diagnóstico se reduz em 6,7 meses, ou seja, a manutenção do peso dentro do valor ideal posterga o surgimento da doença de Alzheimer (CHUANG *et al.*, 2016).

Além dos danos diretos causados à saúde, a obesidade traz grandes consequências econômicas. Um estudo realizado a nível mundial analisou o impacto econômico causado pela obesidade. Segundo a pesquisa realizada em 2014, os gastos associados à obesidade foram de aproximadamente R\$ 5,2 trilhões, ou seja, 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB) global. Este valor corresponde ao PIB de países

como a Itália ou Rússia. Esta mesma pesquisa encontrou que no Brasil os gastos com a obesidade no referido ano chegaram a 110 bilhões de reais, correspondendo a 2,4% do PIB nacional. Nestas cifras foram inclusos os custos com a queda da produtividade, com o sistema de saúde e os investimentos necessários para reduzir os impactos da obesidade (MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE, 2014).

4.7 Prevenção e Tratamento da Obesidade

Foi criado em 1999 o Consenso Latino-Americano em Obesidade (CLAO), baseado em estratégias de eficácia comprovada, tendo como objetivo principal sistematizar e direcionar ações dos profissionais de saúde na assistência ofertada ao indivíduo obeso. Dentre estas, incluem-se as orientações para mudanças no estilo de vida (COUTINHO, 1999).

Para a prevenção da obesidade é necessário que seja reconhecido precocemente, ainda na criança, o excesso de peso relacionado ao crescimento linear, além da efetivação de ações multissetoriais com foco na transformação do ambiente obesogênico atual em um ambiente que promova dietas saudáveis e atividade física desde a infância (ONIS, 2015).

Algumas recomendações de especialistas no assunto para a prevenção da obesidade e a promoção de mudanças no estilo de vida são baseadas em atitudes como: dieta com alimentos nativos, pobre em gorduras saturadas e carboidratos refinados; restrição da ingestão de álcool; aumento da ingestão hídrica; atividade física contínua, de pelo menos 30 minutos diário; educação continuada da equipe profissional multidisciplinar; conscientização da população por meio da mídia. Além de convocar os governos locais para implantação de instalações como locais de caminhada, ciclovias, e áreas para a realização de exercícios físicos, dentre outras ações (FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA; FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE OBESIDADE, 2015).

O objetivo inicial do tratamento da obesidade deve ser atingir peso semelhante ao que a pessoa já teve na vida adulta. A este respeito, autores afirmam que o organismo possui uma 'memória metabólica' do peso anterior. Para ajudar o paciente a alcançar o menor peso anterior, deve-se levar em consideração a história clínica e identificar fatores que estimularam o ganho de peso (puberdade, gestação, casamento, separação, trabalho, dentre outros); o histórico familiar para obesidade;

comorbidades associadas; tratamentos atuais e aqueles já realizados; verificar a existência de doença psiquiátrica; avaliar a presença ou não de dependência química; realizar o exame físico e mensurar as medidas antropométricas para classificação do excesso de peso apresentado. Acrescido a isso, deve-se estimular mudanças no padrão alimentar além da prática de atividade física (PIRES; CRUZ; HALPERN, 2014).

Na prática clínica, o excesso de peso pode ter consequências e gravidades distintas conforme o sujeito em questão. Portanto, é necessário conhecer o processo saúde-doença a partir dos aspectos genéricos e aprender com as diferenças, ou seja, é importante saber escutar, (re) criar e decidir ponderadamente, a partir de decisões multiprofissionais. O tratamento pode variar de acordo com a gravidade da doença, sendo que para alguns casos são necessários medicamentos e/ou intervenção cirúrgica (BRASIL, 2006a; CAMPOS, 2003; BRASIL, 2014).

O tratamento comumente recomendado para a obesidade inclui mudanças dietéticas individuais e no estilo de vida, assim como mudanças de crenças dos profissionais de saúde. O tratamento farmacológico é indicado quando o IMC for igual ou superior a 25 kg/m^2 , acompanhado de comorbidades, e em casos de excesso de peso e obesidade crônicos, como forma de evitar complicações e mortalidade (PIRES; CRUZ; HALPERN, 2014; ABESO, 2010).

Dessa maneira, o tratamento por meio da cirurgia bariátrica é indicado para os pacientes com IMC maior que 35 kg/m^2 , com idade a partir de 16 anos, desde que estejam afetados por comorbidades como depressão, disfunção erétil, hérnias discais, asma grave não controlada, hipertensão, diabetes, dislipidemia, doenças cardiovasculares, entre outras. Ao todo são 21 doenças associadas à obesidade que podem direcionar para a indicação cirúrgica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

Cabe ressaltar que o excesso de peso pode ser reduzido inicialmente propondo a opção mais fácil, na qual se orienta para a adoção de uma alimentação mais saudável e a prática regular de atividade física, no sentido de melhorar o bem-estar, prevenir e controlar as comorbidades, além de proteger a saúde. O paciente deve estar assistido pela equipe multiprofissional para o devido acompanhamento nutricional e de saúde, como parte do cotidiano das ações de promoção à saúde da população (OMS, 2016; BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, salienta-se que além de causar incapacidade funcional e contribuir para o aumento da mortalidade, a obesidade reduz a expectativa e a qualidade de vida (MELO, 2011).

4.8 Qualidade de Vida (QV)

4.8.1 Definição

A definição do termo qualidade de vida ainda é algo em construção, apesar do avanço do conhecimento nesta área e do crescente número de publicações científicas relacionadas ao assunto (GORDIA *et al.*, 2011).

Apesar de comumente utilizado, o termo QV possui enorme complexidade devido à subjetividade inerente a cada pessoa ou grupo social que o utiliza. Assim, pode significar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança, ou ainda, o conjunto de todos estes significados (GORDIA *et al.*, 2011; QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

Atualmente, pode-se dizer que QV é um construto amplo, multidimensional, com a presença de aspectos positivos e negativos, complexo, citado em ambientes diferenciados, com sentidos e significados variados. Assim, pode-se, avaliar QV sob o aspecto subjetivo e objetivo. O primeiro busca os sentimentos humanos, as percepções qualitativas das experiências vividas. O segundo pode ser aferido através das condições de saúde física, remuneração, habitação, e também por meio de indicadores observáveis e mensuráveis. Neste sentido, podemos dimensionar a qualidade de vida relacionada ao aspecto da saúde (QVRS). (MINAYO, 2000; ALMEIDA, 2012; GORDIA *et al.*, 2011).

4.9 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e os Instrumentos de Avaliação Genérica e Específica

Após a II Guerra Mundial a OMS incorporou à definição de saúde à noção de bem-estar físico, psicológico e social. Desde então, o termo Qualidade de Vida passou a ser considerado em várias áreas do conhecimento (OMS, 2016; FARIA, 2012).

No final do século XX, início dos anos 90, o termo ganhou notoriedade na mídia em geral e passou a integrar o vocabulário das pessoas. A partir de então, verificou-se significativo avanço em aspectos quantitativos e qualitativos sobre a QV em pesquisas científicas. Por ocasião, a OMS formou um grupo de estudos reunindo especialistas sobre saúde e QV de diversas regiões do mundo, o *THE WHOQOL GROUP*, criado em 1995, teve a finalidade de aumentar o conhecimento científico da área e desenvolver instrumentos de avaliação da QV relacionada à saúde, dentro de uma perspectiva transcultural (GORDIA *et al.*, 2011).

O termo Qualidade de Vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se à qualidade de vida de pessoas que, de alguma maneira, estão vinculadas ao sistema de cuidados à saúde, sendo este seu elemento central (SILVA *et al.*, 2008).

Vários fatores que estão associados ao termo Qualidade de Vida, e estes se originam da natureza clínica, psicológica e sociocultural. Os fatores são saúde física, saúde mental, longevidade, satisfação no trabalho, produtividade, relações familiares, dignidade e espiritualidade. Todos compõem as quatro dimensões do construto teórico: profissional, sexual, social e emocional. Para atingir a QVRS, avaliam-se diversos domínios, incluindo o físico, o psicológico e o bem-estar social (KOLOTKIN *et al.*, 2001).

A QVRS de pessoas com excesso de peso ou obesas objetiva identificar de que forma as características da doença do indivíduo influenciam sobre os diferentes domínios da qualidade de vida. Nos últimos anos, o número de instrumentos para a avaliação da QV tem aumentado consideravelmente tanto no aspecto generalista como no específico (GORDIA *et al.*, 2011).

Portanto, a avaliação da QVRS tem sido realizada a partir da aplicação de questionários específicos e/ou genéricos. Quando aplicados em uma amostra de indivíduos com excesso de peso e obesidade, estes questionários possibilitam uma avaliação sob as perspectivas destes pacientes a respeito do impacto do peso na sua vida atual, e quanto aos resultados obtidos a partir dos tratamentos (WEE; DAVIS; HAMEL, 2008). Embora existam diversos tipos de instrumento de avaliação, a literatura recomenda que no mesmo estudo sejam utilizados ao menos dois tipos, sendo um de avaliação geral e outro de avaliação específica (CAGNEY *et al.*, 2000).

O instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) constitui uma medida de avaliação genérica válida, confiável e de qualidade, relacionado com aspectos referentes à qualidade de vida entre a população em

geral, assim como uma medida promissora para a investigação sobre as desigualdades na saúde (LAGUARDIA *et al.*, 2011).

Além disso, foi desenvolvido para a avaliação do estado geral e de saúde, considerando a percepção do indivíduo, e pode ser aplicado no estudo de diversas condições de saúde ou doença. (WEE; DAVIS; HAMEL, 2008; WARE, 1994).

Enquanto os instrumentos genéricos permitem comparações referentes à qualidade de vida em vários estágios de doença e fornece informações sobre a melhoria no estado geral, os instrumentos específicos para avaliar a doença foram desenvolvidos para focar nos domínios, características e queixas mais relevantes decorrentes da patologia (KOLOTKIN *et al.*, 2001).

Nesse sentido, os instrumentos específicos são mais sensíveis às mudanças na qualidade de vida decorrente do tratamento. Na década de 1990 foi desenvolvido o IWQOL-Lite (*Impact of Weight on Quality of Life-Lite*). Validado no Brasil em 2010, foi o primeiro instrumento específico constituído de fortes propriedades psicométricas para avaliar o impacto do peso na qualidade de vida (QV) relacionada à saúde, anteriormente composto por 74 questões, foi resumido para 31 itens. A associação entre o novo instrumento de 31 itens (IWQOL-Lite) e o instrumento de 74 itens, mais longo (IWQOL), atingiu elevadíssimo índice (0,97) de correlação (KOLOTKIN *et al.*, 2001; MARIANO *et al.*, 2010).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, exploratório, prospectivo com abordagem quantitativa. Realizado com participantes do programa de perda de peso do Sistema Único de Saúde. Refere-se ainda a um estudo do tipo comparativo, tendo em vista que os participantes foram avaliados antes e seis meses após a inserção no programa de perda de peso.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no serviço de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário, Campus da Saúde Professor João Cardoso Nascimento Júnior, da Universidade Federal de Sergipe, localizado na 3ª Região de Saúde do município de Aracaju. Possui estrutura física constituída por 30 salas, onde 10 são destinadas ao Serviço de Endocrinologia (em horários diferenciados), uma recepção inicial para abertura de prontuários, cinco recepções de atendimento para os setores de Clínica Médica I, Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica, Centro de Reabilitação de Hanseníase, Pediatria e Centro de Pesquisa Biométrica), além de um arquivo, dois consultórios de odontologia, duas salas de procedimentos de enfermagem e uma sala para exames oftalmológicos especializados.

O referido programa de perda de peso, também denominado programa de obesidade, é desenvolvido todas as quintas-feiras no período da tarde. Possui uma equipe composta por dois médicos endocrinologistas, duas nutricionistas, um psicólogo, uma enfermeira, uma assistente social e um educador físico. Trata-se de um serviço de alta complexidade que tem o objetivo de proporcionar aos pacientes apoio multidisciplinar na redução do peso. Segundo o protocolo, o programa atende essencialmente às pessoas obesas com IMC maior ou igual a 30 kg/m², portadores de comorbidades, candidatos ou não à cirurgia bariátrica, provenientes da capital e interior do Estado.

5.3 População

A população participante desse estudo foi constituída por todos os pacientes admitidos para tratamento de obesidade no serviço de endocrinologia do ambulatório do HU, a partir da rede de atenção básica do SUS, ou por meio de encaminhamento interno no referido ambulatório. Por ocasião da pesquisa, o programa contava com aproximadamente 80 pacientes em tratamento, durante o período de coleta, cerca de 40 iniciaram o tratamento clínico para obesidade e foram convidados para inclusão no estudo, conforme critérios adotados.

5.4 Critérios de Inclusão

- Pacientes a partir de 18 anos;
- Pacientes admitidos no programa pela primeira vez ou readmitidos;
- Estar no mínimo há seis meses sem tratamento para redução do peso;
- Assinar o termo de compromisso com a instituição, fornecido pela equipe de saúde;
- Indivíduos classificados de acordo com os critérios estabelecidos pelo programa, a saber: IMC maior ou igual a 30 kg/m².

5.5 Critérios de Não Admissão

- Crianças e adolescentes menores que 18 anos;
- Pacientes que estavam participando de outro programa de perda de peso no momento da seleção ou nos últimos seis meses;
- Pessoas que fizeram algum tipo de tratamento para redução do peso há menos de seis meses.

5.6 Critérios de Exclusão

- Foram excluídos os indivíduos que apresentaram ao menos duas faltas consecutivas às consultas de segmento, ou que manifestaram desejo de desistência do estudo. O levantamento de dados feitos na agenda

multiprofissional e nos registros dos prontuários dos pacientes possibilitou verificar a frequência do comparecimento às consultas.

5.7 Amostra do Estudo

Por se tratar de um estudo comparativo com um intervalo de tempo restrito, ou seja, de seis meses entre uma avaliação e outra, não se fez necessária a realização do cálculo amostral. Portanto, a amostra foi do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 35 pacientes atendidos no ambulatório de endocrinologia da UFS que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa.

5.8 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, além dos prontuários, foram utilizados três instrumentos, a saber: um questionário sociodemográfico e dois instrumentos para a avaliação da QVRS, sendo um genérico e outro específico.

O primeiro instrumento tratou de aspectos sociodemográficos e clínicos, tendo sido construído pela própria pesquisadora, composto por questões referentes às seguintes variáveis:

- Referente à Idade: considerada em anos completos no momento da primeira aplicação dos questionários;
- Quanto ao sexo: foi considerado o gênero masculino e feminino, categorizado zero para o sexo feminino e o número um para o sexo masculino;
- Quanto à cor: foi considerada a cor da pele auto referida, categorizada em branca e não branca;
- Situação conjugal: este dado foi considerado em duas categorias - com companheiro (a) fixo (a) e sem companheiro (a) fixo (a).

As variáveis raça e situação conjugal assumem dois valores, 0 ou 1, denominadas variáveis binárias. Para estas variáveis atribuímos o valor zero para a ausência e o número 1 (um) para a presença de algum destes fatores.

Sobre a variável sexo, também assumiu dois valores, extinguindo-se o raciocínio de presença ou ausência. Adotou-se a representação aleatória do zero para o sexo feminino e do número 1 (um) para o sexo masculino.

A correlação negativa representa que o escore está concentrado na cor **não** branca, para o paciente que **não** tem companheiro (a), e no sexo feminino. Quando a associação for positiva, significa que o escore está concentrado no sexo masculino, na cor branca, e para aqueles que têm companheiro (a).

- Escolaridade: foram analisados os anos completos de estudo dos indivíduos inseridos no programa, categorizados em não alfabetizado, e em intervalos de um a cinco, de seis a nove, de 10 a 12 e maior que 12 anos completos de estudo; Trata-se de uma variável de ordem, quanto maior seu escore, maior a escolaridade. Correlações positivas indicam que os maiores escores são observados nos pacientes com maior nível de escolaridade;
- Atividade remunerada: foi considerado o exercício de atividades frequentes para obtenção de remuneração diária, semanal ou mensal; categorizado zero para ausência de atividade remunerada e 1 (um) para existência de atividade remunerada;
- Renda: foi considerada a renda média familiar em salários mínimos, conforme divisão de classe adotada pelo Governo Federal. Classe extremamente pobre – renda média familiar de até 1 salário mínimo; Classe pobre – renda média familiar entre 1 e 3 salários mínimos; Classe Vulnerável – renda média familiar de 1,5 salários mínimos; e classe Média Baixa – renda média familiar superior a 3 salários mínimos vigentes (IBGE, 2014);
- Procedência: foram considerados pacientes que residem na capital e Grande Aracaju (São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro e Barra dos Coqueiros) e aqueles residentes nos demais interiores do Estado;
- Peso: em quilogramas para o cálculo do IMC;
- Altura: em metro, foi considerada para o cálculo do IMC;
- Comorbidades relacionadas: foram consideradas as doenças associadas registradas no prontuário do paciente, como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a hiperlipidemia, a cardiopatia, osteoartrite e esteatose hepática. Para efeito de análise dos instrumentos SF-36 e IWQOL-Lite, foi considerado o número de comorbidades;
- Pressão Arterial: foi considerado o valor da pressão arterial no primeiro atendimento e seis meses após a inserção no programa. Foi considerada

hipertensão arterial pacientes com valores $\geq 140/90$ mmHg, de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; DE HIPERTENSÃO; DE NEFROLOGIA, 2010);

- Tratamento Medicamentoso: foi considerada a quantidade de diferentes tipos de medicação utilizada no período entre a primeira avaliação e a avaliação de segmento;
- IMC: é um índice simples que relaciona peso e estatura. Utilizado para classificar sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) e obesidade (IMC igual ou acima de 30 kg/m²) em adultos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004);
- Prática de atividade física: foi considerada a prática da atividade física com início há menos de um mês da admissão no programa, com regularidade de pelo menos três vezes por semana, durante o intervalo entre a primeira e segunda avaliação.

O segundo instrumento diz respeito ao questionário empregado na versão brasileira do SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*), uma medida válida e confiável relacionada com a qualidade de vida entre a população em geral (LAGUARDIA *et al.*, 2011).

5.8.1 Instrumento SF-36

O SF-36 é constituído por 36 itens que englobam oito domínios:

- Capacidade Funcional (CF) - avalia o impacto da doença na realização das atividades diárias;
- Aspectos Físicos (AF) - avalia as dificuldades encontradas relativas ao tempo e atividades realizadas no dia-a-dia;
- Dor (DOR) - neste domínio avalia-se a intensidade de dor percebida e as limitações que esta impõe;
- Estado geral de saúde (EGS) - avalia a subjetividade do indivíduo com relação a sua saúde em geral;
- Vitalidade (VIT) - este domínio avalia a energia e os fatores que a possam reduzir;
- Aspectos sociais (AS)- avalia a integração do indivíduo às relações sociais;

- Aspectos emocionais (AEM) - relaciona as dificuldades cotidianas provocadas por problemas emocionais;
- Saúde mental (SM) - identifica fatores como nervosismo, cansaço, tristeza que possam interferir na vida do indivíduo.

Cada domínio possui de dois a 11 itens. O conjunto destes domínios pode ser dividido em dois componentes: o componente físico e o componente mental. Para o primeiro estão os domínios: capacidade física (11 itens), aspectos físicos (quatro itens) e dor (dois itens). Para o componente mental estão os domínios: saúde mental (cinco itens), aspectos emocionais e sociais (três itens). Contudo, os domínios vitalidade (quatro itens), estado geral de saúde (cinco itens) e aspectos sociais (dois itens) correlacionam-se igualmente com ambos os componentes. O valor obtido em cada domínio varia de 0 a 100, onde zero é o pior e cem é o melhor estado geral de saúde. A diferença maior ou igual a cinco pontos na população, em qualquer escala, é considerada clinicamente significativa (EBRAHIM, 1995; BRILMANN; OLIVEIRA; THIERS, 2007; CICONELLI *et al.*, 1999).

5.8.2 Instrumento IWQOL- Lite

O terceiro instrumento utilizado foi o IWQOL- Lite (*Impact of Weight on Quality of Life-Lite* (IWQOL- Lite), instrumento específico criado para avaliar o impacto do peso na qualidade de vida (QV) relacionada à saúde (MARIANO; KOLOTKIN; PETRIBU *et al.*, 2010). Trata-se de um questionário de autorrelato que permite a mensuração de cinco domínios:

- Função física (FF) - avalia mobilidade e funcionamento físico no cotidiano;
- Autoestima (AE) – avalia preocupações de autoestima em relação ao peso;
- Vida sexual (VS) - avalia limitações sexuais relacionadas à obesidade;
- Dificuldades em locais Públicos (DLP) - refere-se ao constrangimento que pode haver por parte do indivíduo, devido à presença deste em locais públicos e as reações negativas de outras pessoas;
- Trabalho (TRB) – avalia o desempenho do trabalho no que se refere ao peso.

Cada domínio possui escores parciais e possui um escore total que pode variar entre zero, que representa a pior qualidade de vida, e 100 que representa a melhor qualidade de vida. Com exceção de quatro itens, todos os demais iniciam com a frase “por causa do meu peso”. Dependendo do valor da linha de base, a

variação de 7.7 a 12 na pontuação total transformada do IWQOL-Lite representa uma mudança clinicamente significativa (KOLOTKIN *et al.*, 2001).

5.9 Coleta de Dados

A coleta ocorreu no período de 14 de maio de 2015 a 29 de maio de 2016, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), que se deu em 13 de maio de 2015, por meio do parecer número 1060540.

De acordo com a rotina do serviço desenvolvido no programa, após a avaliação do endocrinologista, os indivíduos classificados como obesos são direcionados para o acompanhamento de outros profissionais, como nutricionista e psicólogo, além do próprio endocrinologista. Para a realização do presente estudo, os pacientes foram abordados conforme a ordem de atendimento e convidados a participar da pesquisa após esclarecimentos, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A posteriori, foram aplicados três questionários em forma de entrevista pessoal. Os dados referentes à altura, peso, IMC, pressão arterial e comorbidades foram coletados do prontuário de saúde.

A primeira fase da coleta compreendeu o período entre maio e outubro de 2015, quando ocorreu a avaliação no momento da admissão no programa de perda de peso, denominado avaliação pré-inserção. A segunda fase ocorreu seis meses após esta primeira, entre os meses de novembro de 2015 e maio de 2016, quando ocorreu a avaliação de segmento denominado avaliação pós inserção. Nesta fase o paciente foi abordado antes ou após a consulta médica ou da nutricionista, por meio da aplicação dos questionários específicos para avaliação da QVRS.

5.10 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido à avaliação da Unidade de Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico do Hospital Universitário e do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, ambos da Universidade Federal de Sergipe. Aprovado sob CAAE número 43135215.5.0000.5546.

5.11 Riscos e Benefícios

A pesquisa envolveu riscos mínimos para os sujeitos participantes, no que se refere aos dados pessoais. No entanto, a garantia da pesquisadora responsável sobre o sigilo, anonimato e a posse exclusiva das informações, anularam as possibilidades desses riscos, conforme assegura a Resolução 466/2012. Em relação aos benefícios, os resultados do estudo poderão auxiliar na otimização da oferta de serviços, no sentido de prevenção e tratamento da obesidade.

5.12 Análises dos Dados

Os dados foram armazenados em planilhas do software *Microsoft Office Excel*® 2010. A análise estatística foi realizada por meio do software *R*, versão 3.2.3.

Foi realizada análise exploratória dos dados por meio de estatística descritiva. As variáveis quantitativas foram expressas em medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absoluta e relativa. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e figuras.

Testes como Qui-quadrado de *Pearson* e *Exato de Fisher* foram utilizados para verificar a existência ou não de associação entre as variáveis categóricas.

Utilizaram-se os testes *t-Student* no caso em que as variáveis apresentaram distribuição normal, e o teste de *Wilcoxon* quando pelo menos uma das variáveis não possuiu distribuição normal para comparação de variáveis quantitativas. Em ambos os casos foi realizado o pareamento das amostras, considerando os momentos distintos de avaliação (STUDENT, 1908; WILCOXON, 1945).

A correlação de *Kendall* foi utilizada para realizar o cruzamento entre variáveis quantitativas, quando pelo menos uma variável não apresentou distribuição normal. Utilizou-se a correlação *Bisserial* quando pelo menos uma das variáveis apresentou-se categórica e binária (KENDALL, 1938; GUILFORD, 1950). Para todo o estudo foi admitida uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

6 RESULTADOS

6.1 Características Sociodemográficas dos Pacientes

Durante o período de maio de 2015 a novembro de 2015 foram acompanhados 38 pacientes do programa de perda de peso no ambulatório de especialidades do Hospital da Universidade Federal de Sergipe. No decorrer do estudo, ocorreu uma desistência e duas eliminações por falta às consultas agendadas, constituindo uma amostra final de 35 pacientes acompanhados entre maio de 2015 a maio de 2016.

A idade dos participantes variou entre o mínimo de 21 e o máximo de 64 anos, com média de 42, moda e mediana de 40 anos. Houve predominância do sexo feminino com 32 participantes (91,4%), cor da pele não branca, com 25 (71,4%), e a situação conjugal de 19 (54,3%) foi sem companheiro fixo. Em relação à escolaridade, 12 (34,3%) tinham de um a cinco anos de estudo, 11 (31,4%) afirmaram ter de 10 a 12 anos de estudo, 7 (20%) de seis a nove anos de estudos, e quatro (11,4%) possuíam mais de doze anos de estudo. Apenas um (2,9%) paciente referiu não ser alfabetizado.

Quanto ao exercício de atividade remunerada, 23 (65,7%) afirmaram exercer atividade remunerada e 12 (34,3%) estavam sem atividade remunerada. Dentre os que exercem atividade remunerada, a renda individual de 11 (47,8%) era de até um salário mínimo, 11 (47,8%) entre um e três salários mínimos, e um (4,4%) recebia mais que três salários mínimos.

Questionados sobre a renda familiar, 34 (97,1%) informaram ser menor que um salário mínimo e um (2,9 %) informou renda familiar de um salário mínimo.

Quanto à procedência, aqueles residentes na Grande Aracaju (Aracaju, São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro e Barra dos Coqueiros) representaram 21 (60,0%) da amostra, já os procedentes dos demais interiores do Estado representaram 14 (40%) da amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes em programa de redução de peso de acordo com as características sociodemográficas. Sergipe. 2016.

Variáveis	n	%
Idade (anos completos)		
21 - 30	4	11,5
31 - 40	16	45,7
41 - 50	9	25,7
≥51	6	17,1
Sexo		
Masculino	3	8,6
Feminino	32	91,4
Cor da pele autodeclarada		
Branca	10	28,6
Não branca	25	71,4
Situação Conjugal		
Com companheiro fixo	16	45,7
Sem companheiro fixo	19	54,3
Escolaridade (anos estudados)		
Sem escolaridade	1	2,9
1—5	12	34,3
6—9	7	20,0
10—12	11	31,4
> 12	4	11,4
Atividade remunerada		
Sem atividade remunerada	12	34,3
Com atividade remunerada	23	65,7
Renda individual (salário mínimo)		
<1	11	47,8*
1—3	11	47,8*
> 3	1	4,4*
Renda familiar (salário mínimo)		
<1	34	97,1
=1	1	2,9
Procedência		
Interior do estado	14	40,0
Grande Aracaju	21	60,0

* Valor percentual referente ao total que possui atividade remunerada (n=23).

6.2 Características Clínicas dos Pacientes

Em relação à presença de comorbidades, dentre os 35 pacientes seis (17,1%) não apresentaram comorbidades e 29 (82,9%) apresentaram duas ou mais comorbidades associadas à obesidade, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica (HAS) presente em 21 (72,4%) pacientes, dislipidemia em 10 (34,5%), diabetes mellitus (DM) tipo 2 em oito (27,6%), e 19 (65,5%) pacientes apresentavam outras comorbidades.

Quanto ao uso de medicamentos, todos os pacientes com comorbidades usavam um ou mais medicamentos, sendo que 13 (44,8%) usavam até dois medicamentos, nove (31,0%) usavam até quatro, e sete (24,2%) usavam cinco ou mais medicamentos. Os que não possuíam comorbidades somavam-se seis (17,1%) e não faziam uso de medicamentos, ou seja, o tratamento baseava-se no acompanhamento nutricional e comportamental.

Quanto ao IMC, na avaliação pré-inserção no programa de perda de peso, três (8,6%) pacientes estavam na classe I, oito (22,8%) na classe II, e 24 (68,6%) pacientes encontravam-se na classe III. Já na avaliação pós-inserção no programa, os pacientes que perderam peso corresponderam a 27 (77,1%), sendo que um (2,9%) paciente manteve o peso, sete (20,0%) ganharam peso, porém permaneceu na mesma classe. Ainda na segunda avaliação, três pacientes que perderam peso migraram da classe III, constituindo uma nova classe de IMC e acrescentaram à classe I. O IMC pós ficou representado por dois (5,7%) pacientes com sobrepeso, quatro (11,5%) na classe I, oito (22,8%) na classe II e 21 (60,0%) pacientes na classe III.

Quanto ao intervalo de redução do IMC, 25 (78,1%) representado pelas mulheres, se mantiveram entre zero e cinco Kg/m^2 , já para os homens, resultou em um (33,3%) paciente do sexo masculino no intervalo de redução entre cinco e 10 kg/m^2 e dois (66,7%) obtiveram redução de IMC igual ou maior que 10 kg/m^2 . Em relação à prática de atividade física, 14 (40%) referiram realizar algum tipo de atividade física regular e 21 (60%), embora orientados para esta prática, não realizaram atividade física regularmente (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das variáveis clínicas dos pacientes de acordo com os valores de média e desvio padrão antes e após a inserção no programa de perda de peso. Para esse cálculo, utilizou-se o teste de *Wilcoxon*. Observa-se a redução numérica entre as médias de todas as variáveis quando comparadas as avaliações pré e pós-inserção no programa. Nota-se uma redução significativa entre os valores das médias de PA sistólica e diastólica.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes em programa de redução de peso de acordo com as variáveis clínicas e a prática de atividade física. Sergipe. 2016.

Variáveis Clínicas	n	%
Comorbidades Associadas		
Sim	29	82,9
Não	6	17,1
Tipos de Comorbidades		
Hipertensão	21	72,4*
Dislipidemia	10	34,5*
Diabetes Mellitus	8	27,6*
Outras comorbidades	19	65,5*
Tratamento Medicamentoso (nº drogas)		
1 – 2	13	44,8*
3 – 4	9	31,0*
≥ 5	7	24,2*
Peso (Pós)		
Pacientes que perderam peso	27	77,1
Sexo Feminino	24	88,9**
Sexo Masculino	3	11,1**
Pacientes que mantiveram o peso	1	2,9
Pacientes que ganharam peso	7	20,0
IMC(Pré)		
Classe I (30,00—34,99)	3	8,6
Classe II (35,00—39,99)	8	22,8
Classe III (≥ 40)	24	68,6
IMC (Pós)		
Sobrepeso (25,00 — 29,99)	2	5,7
Classe I (30,00—34,99)	4	11,5
Classe II (35,00—39,99)	8	22,8
Classe III (≥ 40)	21	60,0
Redução de IMC (kg/m²) por Sexo		
Sexo Feminino		
0 – 5	25	78,1
5 – 10	-	-
≥10	-	-
Sexo Masculino		
0 – 5	-	-
5 – 10	1	33,3
≥10	2	66,7
Prática de Atividade Física		
Sim	14	40,0
Não	21	60,0

* Valor referente ao total de 29 pacientes; ** Valor referente ao total de 27 pacientes que perderam peso.

Tabela 3. Comparação de médias das variáveis de acordo com as características clínicas nas avaliações pré e pós-inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016.

Variável	Avaliação Pré		Avaliação Pós		p-valor
	Média	DP	Média	DP	
PAS	137.54	20.97	127.66	14.80	0.0105*
PAD	86.60	11.29	82.74	8.95	0.0456*
PESO	110.98	20.05	106.61	19.26	0.3567
IMC	44.79	8.22	42.96	8.33	0.3570

*Variável com associação; valor de $p < 0,05$.

6.3 Correlações entre Características Sociodemográficas e Clínicas e os Escores de Domínios Referentes à QVRS

As correlações descritas a seguir foram realizadas por meio dos testes *Kendall* e *Bisserial*.

Na avaliação pré-inserção, a variável sexo se associou positivamente com os domínios estado geral de saúde (EGS), aspectos sociais (AS) e aspectos emocionais (AEM). A variável cor correlacionou-se positivamente com aspectos físicos (AF), e a variável escolaridade com o domínio saúde mental (SM). Na avaliação pós-inserção, houve a associação positiva entre a variável sexo e todos os domínios, enquanto a variável cor não apresentou associação. Quanto à variável escolaridade e o domínio aspectos social, houve correlação positiva. As demais variáveis sociodemográficas não foram citadas por não apresentarem associação em nenhuma das avaliações (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das variáveis sociodemográficas de acordo com os domínios do instrumento SF- 36 e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016

Domínio \ Variável	Avaliação Pré			Avaliação Pós		
	SEXO	COR	ESCOLARIDADE	SEXO	COR	ESCOLARIDADE
Capacidade Funcional	0,10	0,13	0,22	0,55*	-0,14	0,19
Aspectos Físicos	0,03	0,36*	0,07	0,54*	0,01	0,07
Dor	0,13	0,08	0,05	0,51*	0,05	-0,01
Estado Geral de Saúde	0,63*	-0,02	0,17	0,37*	0,08	0,21
Vitalidade	0,19	0,15	0,22	0,65*	0,13	0,15
Aspectos Sociais	0,37*	0,02	0,19	0,59*	-0,12	0,28*
Aspectos Emocionais	0,36*	-0,16	0,03	0,58*	-0,28	0,10
Saúde Mental	0,31	0,13	0,28*	0,66*	-0,06	0,25
TOTAL	0,36*	0,11	0,20	0,71*	-0,04	0,24

*Variável com associação, valor de $p < 0,05$.

Na análise dos domínios referentes ao instrumento SF-36 e as variáveis clínicas, observou-se que na avaliação pré-inserção a variável atividade física se associou positivamente com os domínios dor e estado geral de saúde. A variável comorbidades se relacionou negativamente com os domínios capacidade funcional (CF), aspectos físicos e aspectos emocionais. Assim, a variável IMC associou-se negativamente com todos os domínios, porém, significativa e negativamente com o domínio aspectos emocionais (AEM). Na avaliação pós, a variável atividade física se correlacionou positivamente com quase todos os domínios, a exceção foi estado geral de saúde e aspectos sociais. A variável comorbidades se correlacionou negativamente com os domínios capacidade funcional e aspectos físicos, assim como IMC com os domínios capacidade funcional e saúde mental (Tabela 5).

Em relação ao instrumento específico *IWQOL-Lite*, no momento da pré-inserção no programa de perda de peso, as variáveis idade e cor apresentaram associação positiva com o domínio dificuldades em locais públicos (DLP). Assim como a variável sexo com a função física (FF), e a variável escolaridade com o domínio vida sexual (VS). Na avaliação pós-inserção, a variável sexo se correlacionou com quase todos os domínios, com exceção do domínio vida sexual. Todavia, a variável escolaridade apresentou correlação positiva com os domínios autoestima (AE), vida sexual e trabalho (TRB). Não houve correlação das variáveis idade e cor na avaliação pós (Tabela 6).

Tabela 5. Distribuição das variáveis clínicas de acordo com os domínios do instrumento SF- 36 e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016

Variável Domínio	Avaliação Pré			Avaliação Pós		
	ATIV. FÍSICA	COMOR BIDADES	IMC	ATIV. FÍSICA	COMOR BIDADES	IMC
Capacidade Funcional	0,30	-0,52*	-0,17	0,54*	-0,41*	-0,29*
Aspectos Físicos	0,31	-0,48*	-0,02	0,53*	-0,36*	-0,16
Dor	0,46*	0,08	-0,07	0,71*	-0,04	-0,15
Estado Geral de Saúde	0,43*	0,06	-0,19	0,21	-0,26	-0,16
Vitalidade	0,19	-0,03	-0,15	0,33*	-0,15	-0,19
Aspectos Sociais	0,08	-0,34*	-0,15	0,19	-0,32	-0,23
Aspectos Emocionais	0,15	-0,56*	-0,30*	0,50*	-0,24	-0,21
Saúde Mental	0,23	-0,09	-0,23	0,20	-0,21	-0,24*
TOTAL	0,33	-0,23	-0,23	0,47*	-0,32	-0,21

*Variável com associação, valor de $p < 0,05$.

Tabela 6. Distribuição das variáveis clínicas de acordo com os domínios do instrumento IWQOL-Lite e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016

Variável Domínio	Avaliação Pré				Avaliação Pós			
	IDADE	SEXO	COR	ESCOLA RIDADE	IDADE	SEXO	COR	ESCOLA RIDADE
Função Física	-0,14	0,55*	-0,13	0,10	-0,16	0,41*	-0,04	0,24
Auto Estima	-0,02	0,32	0,13	0,19	-0,07	0,55*	-0,08	0,26*
Vida Sexual	-0,02	0,11	0,14	0,25*	-0,10	0,32	-0,05	0,29*
Dificuld. Locais Púb.	0,25*	-0,04	0,41*	0,00	0,06	0,56*	0,06	-0,01
Trabalho	0,01	0,23	0,25	0,16	-0,08	0,44*	0,17	0,25*
TOTAL	-0,02	0,33	0,14	0,19	-0,09	0,50*	0,05	0,22

*Variável com associação, valor de $p < 0,05$.

Ainda na avaliação do instrumento *IWQOL-Lite* em relação aos dados clínicos, nos dois momentos da avaliação (pré e pós-inserção no programa), a variável atividade física apresentou correlação positiva com todos os domínios, exceto com o domínio vida sexual. Já a variável comorbidade apresentou correlação negativa com o domínio trabalho e com o domínio vida sexual na avaliação pré e pós, respectivamente. A variável peso apresentou associação negativa com os domínios dificuldades em locais públicos e trabalho na avaliação pré-inserção, enquanto que na avaliação pós, apresentou apenas com o domínio dificuldades em locais públicos. A variável IMC na avaliação pré-inserção somente não se correlacionou com o domínio auto estima, ao contrário disso, na avaliação pós-

inserção apresentou correlação negativa apenas com o domínio dificuldades em locais públicos (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das variáveis clínicas de acordo com os domínios do instrumento IWQOL-Lite e os respectivos índices de Correlação (IC). Sergipe. 2016.

Variável Domínio	Avaliação Pré				Avaliação Pós			
	ATIV. FÍSICA	COMOR BIDADE	PESO	IMC	ATIV. FÍSICA	COMOR BIDADE	PESO	IMC
FF	0,52*	-0,31	-0,22	-0,25*	0,55*	-0,32	-0,12	-0,19
AE	0,41*	-0,10	-0,11	-0,17	0,42*	-0,30	-0,05	-0,09
VS	0,27	-0,33	-0,24	-0,32*	0,30	-0,43*	-0,06	-0,12
DLP	0,50*	-0,06	-0,44*	-0,43*	0,52*	-0,10	-0,34*	-0,35*
TRB	0,53*	-0,43*	-0,24*	-0,28*	0,42*	-0,33	-0,14	-0,23
TOTAL	0,51*	-0,27	-0,26*	-0,28*	0,54*	-0,32	-0,18	-0,27*

*Variável com associação, valor de $p < 0,05$.

A Tabela 8 apresenta as médias e os valores mínimos e máximos em relação às avaliações dos domínios de ambos os instrumentos *SF-36* e *IWQOL-Lite*, pré e pós-inserção no programa de perda de peso. Houve diferença significativa entre as médias referentes ao domínio aspectos físicos do instrumento *SF-36*, embora no instrumento específico não foi observada diferença significativa nas médias em nenhum dos domínios.

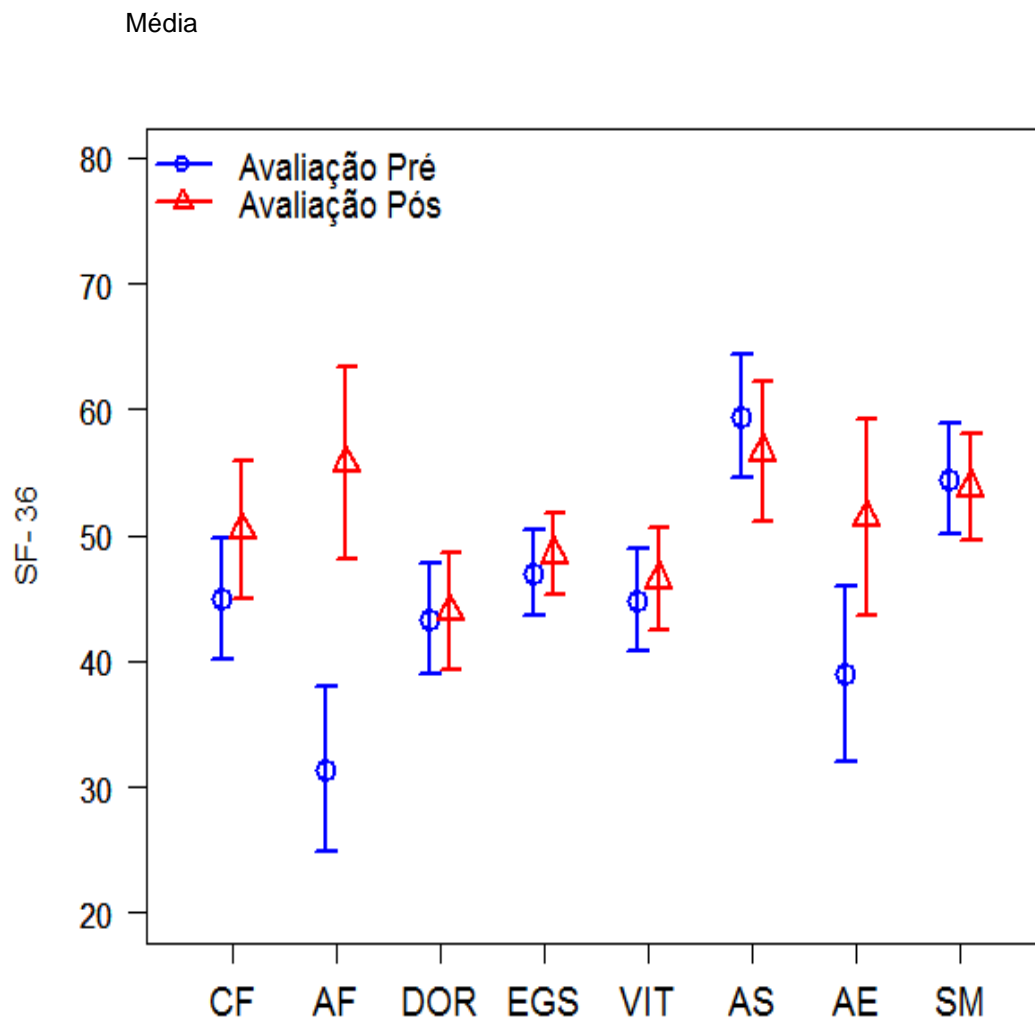
Tabela 8. Distribuição dos 35 pacientes com relação aos domínios dos instrumentos IWQOL-Lite e SF-36 e suas respectivas médias, valores mínimo e máximo encontrados na avaliação pré e pós-inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016

<div>Médias</div> <div>Domínios</div>		Avaliação Pré			Avaliação Pós			p-valor
		Média	Min.	Máx.	Média	Min.	Max.	
IWQOL-Lite								
Função Física		37,0	0	93	39,5	0	91	0.6909
Auto Estima		50,2	0	100	46,3	0	100	0.5938
Vida Sexual		61,5	0	100	62,5	0	100	0.8357
Dificuldades em Público		50,4	0	100	46,0	5	100	0.4913
Trabalho		51,5	0	100	54,4	0	100	0.6626
TOTAL		47,3	6	94	47,5	5	97	0.9851
SF - 36								
Estado Geral de Saúde		47,0	5	87	48,5	5	82	0,7593
Vitalidade		44,8	0	100	46,5	5	95	0,7651
Capacidade Funcional		45,0	5	90	50,4	0	100	0,4577
Dor		43,3	0	100	44,0	0	100	0,9246
Aspectos Físicos		31,4	0	100	55,7	0	100	0,0133*
Aspectos Sociais		59,4	0	100	56,6	0	100	0,7443
Aspectos Emocionais		39,0	0	100	51,4	0	100	0,3220**
Saúde Mental		54,5	0	100	53,83	8	96	0,9112
TOTAL		87,66			90,24			0,6516

*Variável com associação, valor de $p < 0,05$; ** valor aproximado ao nível de significância.

As figuras 1 e 2, a baixo, apresentam os domínios e os limites superiores e inferiores, de acordo com as médias dos instrumentos SF-36 e IWQOL-Lite, respectivamente nos momentos pré e pós-inserção no programa de perda de peso. O ponto central de cada figura representa a média, enquanto o limite superior e inferior de cada barra representa essa média positiva ou negativa conforme o erro padrão. Observa-se na figura 1 que apenas o domínio Atividade Física do instrumento SF-36 apresentou diferença significativa.

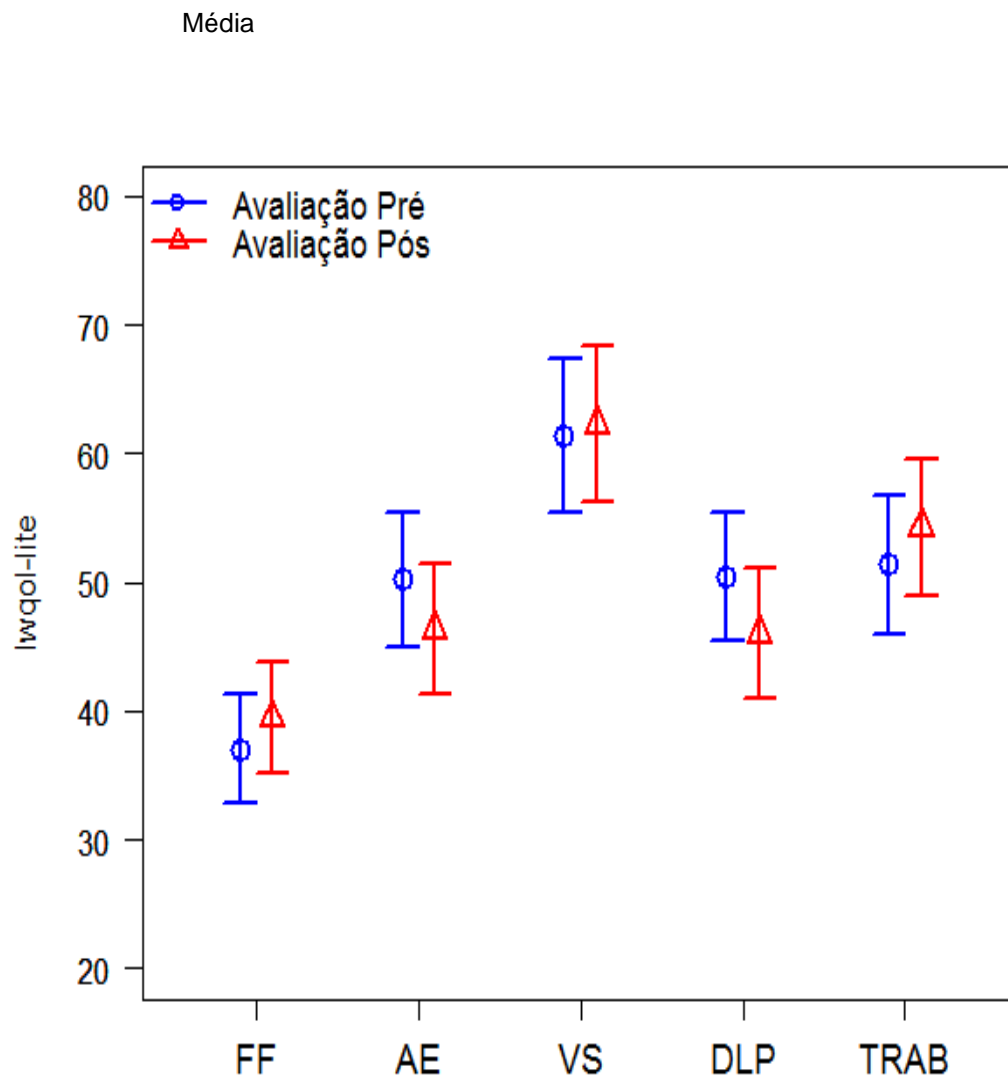
Figura1. Apresentação das médias e valores mínimos e máximos, quanto aos domínios do instrumento SF-36 na avaliação pré e pós-inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016.



Legenda:

CF – Capacidade Funcional
 AF – Aspectos Físicos
 DOR – Dor
 EGS – Estado Geral de Saúde
 VIT – Vitalidade
 AS - Aspectos Sociais
 AE (leia-se AEM) – Aspectos Emocionais
 SM – Saúde Mental

Figura 2. Apresentação das médias e valores mínimos e máximos, quanto aos domínios do instrumento IWQOL-Lite na avaliação pré e pós-inserção no programa de perda de peso. Sergipe. 2016.



Legenda:

FF – Função Física
AE – Autoestima
VS – Vida Sexual
DLP – Dificuldades em Locais Públicos
TRB – Trabalho

7 DISCUSSÃO

7.1 Características Sociodemográficas dos Pacientes com Obesidade

No presente estudo foi realizada a avaliação de 38 pacientes, por ocasião da inserção destes no programa de perda de peso, denominada avaliação pré-inserção. Contudo, no decorrer do período de seis meses a amostra foi reduzida para 35 pacientes por razões como desistência e falta. Estes foram submetidos à segunda avaliação, denominada avaliação pós-inserção, quando foi possível reavaliá-los quanto à QVRS geral e específica para a perda de peso e fatores associados.

Observou-se que aproximadamente metade dos pacientes obesos pertencia à faixa etária entre 31 e 40 anos, sendo a média de idade de 42 anos, enquanto a moda e mediana de 40 anos. Aproximando-se dos resultados registrados em estudo que apontou tendência no aumento da frequência da obesidade em indivíduos até os 44 anos de idade. Autores apontam o maior percentual de obesos na faixa etária entre 35 e 44 anos, atingindo 22% da população estudada, enquanto a faixa etária de 45 a 64 anos representa o percentual de 21,3%, quase três vezes maior que o índice (8,5%) apresentado pela população jovem de 18 a 24 anos (BRASIL, 2014; MALTA, *et al.*, 2016).

Acompanhando o cenário mundial e nacional, o presente estudo mostrou que houve a predominância de indivíduos obesos do sexo feminino. Embora no Brasil não se evidencie diferença significativa quanto à relação obesidade versus gênero, o maior percentual de obesidade atinge o sexo feminino, que continua apresentando acréscimo na prevalência da obesidade. Quando se trata do aspecto excesso de peso, os homens já ultrapassam quase dez pontos percentuais em relação às mulheres, o que está modificando a realidade a nível nacional (OMS, 2016; FINUCANE *et al.*, 2011; BRASIL, 2014; MALTA, *et al.*, 2016).

Referente ao reduzido número de participantes do sexo masculino, estudos sugerem que os homens estão sub-representados nos programas de perda de peso, pois são menos propensos a perceber seu peso como um problema de saúde e, consequentemente, menos predispostos a participar de programas de perda de peso. Todavia, aqueles que participam tendem a perder mais peso do que as mulheres (ROBERTSON, 2014; STUBBS *et al.*, 2015).

Em relação à cor da pele, a maioria se declarou não branco, sugerindo que pessoas de pele negra, amarela ou parda, possam ter maiores chances de serem obesas. Não obstante, estudo realizado por Malta *et al.* (2015) não encontrou relação entre a raça/cor e o excesso de peso e a obesidade. Igualmente, ressalta-se que essa associação é influenciada por outros fatores como variáveis socioeconômicas, demográficas e regionais.

Outros achados revelaram que, eliminando as influências citadas anteriormente, o fato de ser negro aumenta em 93% a possibilidade de ter alto peso. Devido à escassez de pesquisas que confirmem ou não a existência da relação cor/excesso de peso, se faz necessário investigar melhor esta analogia (LONGO, 2006).

Quanto à situação conjugal, observou-se o percentual semelhante dentre os participantes que têm ou não companheiro fixo, o que neutralizou a associação entre esta circunstância e à obesidade. No entanto, estudo nacional demonstrou maior prevalência de excesso de peso e obesidade em indivíduos casados. Da mesma forma, outra pesquisa apresentou associação significativa entre indivíduos casados/união estável com excesso de peso e obesidade, ressaltando-se o fato que tais achados estão direcionados ao sexo masculino (ROCHA *et al.*, 2015; MORAES *et al.*, 2011).

No que diz respeito ao grau de escolaridade verificado, quase metade da amostra (44,8%), possuía escolaridade entre nível médio e superior, e pouco mais da metade estava dividida em baixa escolaridade e não alfabetizado. Considerando-se que houve equilíbrio entre o baixo e o elevado grau de escolaridade no presente estudo, pode-se afirmar que a obesidade ocorreu independentemente do nível de escolaridade. Neste sentido, a literatura apresenta-se divergente, ao tempo que associa negativamente o baixo nível de escolaridade com o excesso de peso e a obesidade, também traz correlação do elevado grau de escolaridade com o aumento do excesso de peso/obesidade. De acordo com estudo recente, o aumento significativo da obesidade independe do nível de escolaridade (ROCHA *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2016).

Observou-se, no presente estudo, que a maioria das pessoas obesas exercia atividade remunerada e aproximadamente um terço dos participantes se declarou atuante apenas em atividades do lar, ou seja, atividade não remunerada. Diferente do resultado encontrado, autores mostraram que indivíduos não inseridos no

mercado de trabalho apresentaram prevalência de excesso de peso com magnitude maior, quando comparado aos que referiram ocupação remunerada (MORAES *et al.*, 2011).

No que tange à renda, observou-se que quase metade dos indivíduos recebia um salário mínimo e a outra metade até três salários mínimos, ou seja, de acordo com a classificação do Programa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), quase todos pertenciam às classes, extremamente pobre, pobre ou vulnerável, respectivamente. Talvez o baixo nível socioeconômico seja uma das justificativas para obesidade, uma vez que se observou tal característica na totalidade da amostra. Uma vez que, segundo pesquisadores americanos a população de baixa renda tem menos acesso aos alimentos saudáveis. Neste contexto, há forte influência do fator socioeconômico sobre o padrão de alimentação, uma vez que os alimentos mais baratos são exatamente os mais calóricos, incorrendo no aumento da obesidade. Todavia, atualmente, a prevalência mundial da obesidade em países de alta renda já se apresenta na condição de mais de quatro vezes maior em comparação com os países de baixa renda (IBGE, 2010; FREDERICK, *et al.*, 2014; OMS, 2016).

Ainda referente à renda, corroborando o resultado encontrado, outro estudo investigou a associação da renda com as condições de saúde e nutrição em obesos graves, e assinalou que indivíduos de menor renda apresentaram menor probabilidade de consumir alimentos essenciais numa dieta de restrição calórica. Em Sergipe, esta relação não é diferente, estudo realizado no estado constatou maior prevalência de obesidade em crianças que vivem em condições de pobreza e extrema pobreza (RODRIGUES; SILVEIRA, 2015; SILVA, 2011).

Notadamente, encontrou-se que a maioria dos pacientes obesos era procedente da região urbana conhecida como grande Aracaju, corroborando a ideia de que a crescente urbanização é um dos fatores que implica no aumento do excesso de peso e da obesidade, trazendo mudanças dos hábitos e estilo de vida. As pessoas nas cidades têm pressa e, alicerçadas na falta de tempo, procuram conveniências para se alimentar, para se deslocar, e geralmente ocupam-se de trabalhos sedentários, características estas que transformam o ambiente urbano em ambiente obesogênico (SOUZA; OLIVEIRA, 2008).

7.2 Características Clínicas dos Pacientes com Obesidade

Além dos fatores sociodemográficos, os aspectos clínicos são importantes para a análise da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes obesos. O aumento do IMC eleva a probabilidade da presença de comorbidades que, por sua vez, estão associadas ao maior risco de morte iminente. Dentre as principais consequências da obesidade estão as doenças metabólicas e cardiovasculares (OMS, 2016).

No contexto das doenças relacionadas à obesidade, a maioria dos pacientes apresentou um ou mais tipos de comorbidades, onde a hipertensão arterial foi a que mais se destacou, representada por 72,4% dos participantes que tinham comorbidades, seguida de dislipidemia e diabetes mellitus.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a cada acréscimo de $2,4 \text{ kg/m}^2$ no IMC, potencializa-se o risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica. Um estudo de corte investigou por 16 anos o IMC e a alteração do peso de 82.473 enfermeiras com faixa etária entre 30 a 55 anos e relacionou tal condição ao risco para hipertensão arterial. Como resultado, concluiu-se que o impacto do ganho de peso, ainda que modesto, aumenta substancialmente os níveis pressóricos, assim como a redução dos níveis pressóricos está relacionada à diminuição do peso. Portanto, segundo a literatura, a redução de 5 a 10% do peso corporal já é capaz de reduzir a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA HIPERTENSÃO, 2010; HUANG, 1998; BRASIL, 2006b).

O segundo tipo de comorbidade encontrada com maior frequência foi a dislipidemia (34,5%), caracterizada pelo elevado nível de lipídeos ou gordura no sangue. O metabolismo lipídico é significativamente influenciado pela obesidade, sendo esta, fator importante para a interpretação e tratamento da dislipidemia (SBEM, 2016).

O terceiro tipo de comorbidade em destaque foi o diabetes mellitus (27,6%). A literatura ressalta que para cada 1 kg/m^2 a mais no IMC, o risco de desenvolver diabetes é aumentado em 20%. Além disso, o aumento do IMC é diretamente proporcional ao risco ampliado para desenvolver outras doenças crônicas além da citada, como: dislipidemia, a esteatose hepática, osteoartrite e depressão. Corroborando com essa afirmação, autores apontam que o aumento do peso eleva significativamente o surgimento de todas estas doenças que, em sua maioria, são

consequências de estilos de vida que podem ser modificados (LENZ *et al.*, 2009; OMS, 2016; ABESO, 2011).

Corroborando com os tipos de comorbidades mais encontradas, um estudo comparativo realizado entre pacientes obesos graves da rede suplementar e de um ambulatório de nutrição do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sergipe, também obteve resultado semelhante quanto às doenças mais frequentes associadas à obesidade, destacando-se a hipertensão, seguida pela dislipidemia e diabetes mellitus (SANTOS *et al.*, 2014).

Como consequência ou não da obesidade, identificou-se que todos os pacientes com comorbidades faziam tratamento medicamentoso para as doenças correlacionadas.

Não se identificou o uso de medicação para a obesidade especificamente. Neste caso, os medicamentos são indicados quando há falência do tratamento não farmacológico, pois as medicações podem atuar diminuindo a fome, reduzindo a digestão ou aumentando o gasto calórico. Contudo, o tratamento dietético e a mudança de estilo de vida ainda são as medidas mais eficazes no controle e perda de peso (PIRES, 2014; NONINO-BORGES; BORGES; SANTOS, 2006).

Quanto ao peso, nota-se que a maioria dos pacientes (77,1%) conseguiu redução após a inserção no programa. O percentual expressivo da amostra, constituído pelo sexo feminino, apresentou perda de peso suficiente para permanecer no mesmo intervalo de classificação do IMC. Em contrapartida, o sexo masculino expressou uma redução de peso capaz de adicionar a amostra uma nova categoria de IMC durante a avaliação pós-inserção no programa de perda de peso.

Neste sentido, pesquisa que avaliou a perda de peso entre grupos de homens e mulheres após um período de 12 semanas, encontrou que 91% dos participantes do sexo masculino perderam 5% do seu peso, enquanto apenas 51% das mulheres conseguiram reduzir o mesmo índice. Os homens têm maior facilidade de perder peso devido a fatores como maior estrutura muscular, presença de hormônios que aceleram o metabolismo, além da menor distribuição de gordura pelo corpo (BYE; AVERY; LAVIN, 2005; SHI; CLEGG, 2009).

Na avaliação dos indivíduos por ocasião da inserção no programa, foram identificadas três classificações para o IMC (obesidade classe I, II e classe III), no entanto, na avaliação após seis meses participando do programa, observou-se o surgimento de mais uma categoria que, conforme classificação de IMC, foi

denominada sobrepeso. Isso significa que a perda de peso para alguns participantes possibilitou a redução do IMC e a consequente migração de uma categoria para outra.

A amostra predominantemente feminina foi subdividida em: aquelas que perderam, mantiveram ou ganharam peso. No entanto, mesmo as que perderam peso não atingiram o menor intervalo de redução de IMC obtido pelo sexo masculino. Este fato repercutiu sobremaneira, elevando significativamente (para os homens) o escore nos instrumentos de avaliação da QVRS geral e específico.

É importante ressaltar que quanto à precisão na avaliação da gordura, não há medição perfeita. A avaliação de IMC é mais favorável quando realizada com medidas de distribuição de gordura, contudo, o IMC é a medida padronizada pela OMS e bastante utilizada pelos estudos científicos (ABESO, 2010).

Quanto à prática de atividade física, quase metade dos pacientes referiram realizar exercício físico regular concomitante ao início do tratamento clínico e persistindo durante o seguimento, o que contribuiu para a redução e/ou manutenção do peso.

A atividade física faz parte do tratamento clínico e é recomendada como um recurso no aumento do gasto calórico para a redução/manutenção do peso e a prevenção do ganho de peso. Trata-se de uma estratégia que deve ser estimulada de maneira programada ou não, pois, apesar de facilitar o controle de peso, a atividade física isolada não é um método eficaz para a perda de peso. Contudo, pesquisadores têm chamado atenção para os benefícios desta prática que, quando sistematizada, relaciona-se ao aspecto físico, psicológico e social, colaborando positivamente no enfrentamento das comorbidades associadas à obesidade e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida (JAKICIC, 2009; PIRES, 2014; SOUZA *et al.*, 2016).

Ainda no contexto de análise das variáveis clínicas, observou-se a associação entre as médias dos níveis pressóricos, peso e IMC, nos momentos antes e após a inserção no programa. As médias de peso e IMC apresentaram redução numérica, não significativa. No entanto, a diminuição do peso foi suficiente para impactar positivamente nos níveis pressóricos, onde ocorreram reduções estatisticamente significativas da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Dessa maneira, pode-se notar que à medida que o paciente com obesidade reduziu o peso, diminuiu a pressão arterial.

Um estudo realizado com quase 500 estudantes entre sete e 17 anos para identificar a prevalência de hipertensão arterial e sua relação com o sobrepeso e obesidade, encontrou valores pressóricos limítrofes e elevados, onde a prevalência de hipertensão correspondeu a 21% nos estudantes com sobrepeso e 25% naqueles com obesidade (CORDEIRO *et al.*, 2016).

Atualmente, uma pesquisa de caráter nacional procurou estimar a prevalência de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. O estudo encontrou que 28,4% dos adolescentes com obesidade tiveram prevalência de hipertensão arterial mais elevada do que aqueles com sobrepeso. Outro achado importante foi que a quantidade de obesos correspondeu a um quinto (17,4%) da população do estudo. Portanto, concluiu que estes adolescentes poderiam não ser hipertensos se não fossem obesos (BLOCH, 2016).

Para demonstrar os efeitos da perda de peso sobre variáveis clínicas, dentre essas a hipertensão, pesquisadores estudaram o impacto da redução de 5% do peso em pacientes obesos, avaliando-os quanto à hemodinâmica, metabolismo e desempenho neuroendócrino. Os pacientes receberam orientação multidisciplinar mensalmente. Após quatro meses, quando reavaliados, apresentaram reduções expressivas de 6 mmHg na pressão diastólica, além de melhoria nos exames bioquímicos e hormonais (BARBATO, *et al.*, 2006).

Apesar disso, um estudo para calcular a perda de peso mínima necessária para avanços clinicamente importantes, encontrou que para a obtenção de melhorias na QVRS é necessário um limite de perda de peso superior ao convencional, que atualmente está entre 5 a 10% (WARKENTIN *et al.*, 2014).

Para o presente estudo, os dados sociodemográficos e clínicos vão além da caracterização da amostra. Tais resultados foram correlacionados aos escores dos instrumentos de avaliação de QV geral e específica para a obesidade, visando seguir pareados com o objetivo de identificar os fatores relacionados à QVRS dos pacientes inseridos no programa de perda de peso.

7.3 Correlações entre Características Sociodemográficas, Clínicas de Pacientes com Obesidade e Domínios do SF-36

O instrumento genérico SF-36, leva em consideração o estado geral de saúde percebido pelo sujeito. Uma vez que o conceito de qualidade de vida é bastante

subjetivo quando relacionado à saúde, cada indivíduo conceitua-o de acordo com o que considera importante para o seu bem-estar (GORDIA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2008).

Neste sentido, o presente estudo comparou os resultados de correlação das variáveis sociodemográficas com o instrumento genérico SF-36.

Os resultados não mostraram associações significativas da variável idade com os domínios do instrumento de avaliação SF-36. No entanto, autores afirmam que a idade é um fator diretamente associado à qualidade de vida. Um estudo realizado por Chagas (2015) objetivando avaliar a qualidade de vida de pessoas obesas encontrou que o aumento da idade diminuiu a capacidade física e funcional. Outro estudo baseado em inquérito nacional investigou a associação entre a auto avaliação de saúde e os fatores sociodemográficos, demonstrando que o aumento da idade está relacionado negativamente com o estado geral de saúde (PAVAO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

De outra maneira, vários estudos têm apresentado distinta relação que são os efeitos da obesidade na idade. A doença está presente em todas as fases da vida, já iniciando desde a infância onde crianças obesas representam futuros adultos obesos, com baixa qualidade e expectativa de vida. Recentemente, estudo reuniu informações de mais de 10 milhões de pessoas em todo o mundo num período de 45 anos, afastando da amostra, fumantes, ex-fumantes e todos que possuíam doenças crônicas. Demonstrou que o sobrepeso e a obesidade estão associados a um risco de morte prematura, diminuindo a expectativa de vida das pessoas em dez anos, ou seja, ser obeso implica em viver menos (OMS, 2016; COLLABORATION, 2016).

No que tange à variável situação conjugal, não se constatou relação estatisticamente significativa entre esta variável e os domínios referentes à QVRS em geral. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado para identificar fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, o qual utilizou a mesma forma de avaliação (SILVA, *et al.*, 2015).

Dentre os aspectos sociodemográficos, observou-se que as variáveis sexo, cor da pele autodeclarada e escolaridade associaram-se significativamente aos domínios da QVRS, antes e após inserção no programa, sendo que a correlação da cor ocorreu somente na primeira avaliação.

O sexo masculino foi o que mais se associou com a QVRS, impactando duplamente na avaliação pré e pós-inserção no programa, sendo que na avaliação pós obteve significância em todos os domínios do instrumento, assim como representou melhor QVRS no escore total das duas avaliações.

Um estudo realizado para avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida encontrou que as pacientes do sexo feminino apresentaram um escore menor na maioria dos domínios de QVRS em comparado aos escores do sexo masculino. Outra pesquisa, ao buscar identificar fatores relacionados à qualidade de vida, encontrou que em relação ao sexo, as mulheres apresentaram escores mais baixos de QV em quase todos os domínios do instrumento SF-36 (CHAGAS, 2015; OLIVEIRA-CAMPOS, 2013).

Quanto à cor da pele, na avaliação pré-inserção houve correlação positiva da cor da pele autodeclarada branca com aspectos físicos, no entanto, esta associação desapareceu na segunda avaliação. Segundo Ferreira (2009) poucos estudos verificaram correlação cor da pele com a qualidade de vida.

Referente à escolaridade, a associação significativa desta variável com domínio saúde mental na primeira avaliação representou que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o domínio saúde mental. Após a inserção no programa de perda de peso, ter maior nível de escolaridade representou melhoria no aspecto social.

Autores apresentaram o baixo nível de escolaridade como um dos fatores que se associa negativamente à autoavaliação do estado geral de saúde. Neste sentido, pode-se inferir que a autoavaliação da qualidade de vida é influenciada pelo nível de escolaridade (OLIVEIRA-CAMPOS, 2013; PAVAO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Contudo, observou-se que embora a maioria dos participantes apresentou baixo grau de escolaridade, a diferença não foi significativa, dessa maneira, pouco interferiu na QVRS.

Diante do exposto, o presente estudo mostrou que a variável sexo (masculino) foi a que mais obteve melhoria da QVRS, a cor da pele autodeclarada branca esteve associada à melhoria nos aspectos físicos e, quanto maior a escolaridade, maiores os progressos no domínio saúde mental e aspectos sociais da QVRS.

Quanto aos resultados das correlações entre variáveis clínicas e os domínios do instrumento genérico, a variável atividade física predominou, associando-se não

somente com o maior número de domínios, mas também com o valor total do instrumento SF-36. Após a inserção no programa de perda de peso, a prática da atividade física significou melhoria da QVRS em todos os domínios do componente físico, e em parte do componente mental, refletindo melhoria do escore nos aspectos emocionais.

A prática da atividade física, além de enriquecer os componentes mentais da QVRS, melhorando a autoestima e o nível de concentração, promove reflexos mais rápidos e memória com maior acurácia. No componente físico, auxilia na regulação da taxa de açúcar no sangue, reduzindo o risco de diabetes e, além disso, a atividade física retarda o processo de envelhecimento e auxilia na construção e manutenção da massa óssea (BRASIL, 2012).

Em se tratando das evidências para a otimização da qualidade de vida por meio da atividade física, a literatura traz que o nível aumentado desta prática associou-se à melhor percepção de qualidade de vida em idosos e de adultos aparentemente saudáveis, inclusive em diferentes condições de saúde, ou seja, a associação entre atividade física e qualidade de vida é positiva, alterando de acordo com o domínio analisado (PUCCI, 2012).

É importante ressaltar que tanto a prática da atividade física como a intensidade desta resulta em efeito progressivo na QVRS. Um estudo realizado com o objetivo de explorar a associação entre QVRS física, mental e geral, de acordo com os níveis variados de atividade física, encontrou que mulheres que praticaram atividade moderada tiveram a atividade física associada à saúde física. Homens que praticaram atividade moderada e vigorosa tiveram a prática da atividade física associada à saúde física e à qualidade de vida em geral. No entanto, para exercer a boa prática da atividade, incluindo frequência e constância regulares, é necessário estímulo por parte das pessoas mais próximas, além de atitude e percepção de auto eficácia (FARIAS JUNIOR, 2014; NAKAMURA, 2014).

Considerando que a inatividade física é um dos principais fatores responsáveis pela mortalidade no mundo, no Brasil, incluiu-se o tema atividade física à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), promovendo o acesso da população a estratégias práticas, mediante a criação da Academia da Cidade, no sentido de incentivar a promoção de saúde e consequente melhoria da QV (MALTA *et al.*, 2014).

A presença de comorbidades impactou negativamente na QVRS dos participantes do programa. Na primeira avaliação, o número de comorbidades implicou em menor capacidade funcional e redução dos escores nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Na avaliação pós-inserção no programa, o impacto negativo reduziu de quatro para dois domínios: capacidade funcional e aspectos físicos, sendo ambos com menor índice de correlação. Neste sentido, apesar das doenças correlacionadas persistirem, a redução de danos eminentes pode refletir na melhoria da QVRS dos participantes do programa.

Estudo desenvolvido a fim de verificar a qualidade de vida e a presença de associação com fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, na população, urbana identificou que além de outras comorbidades, a presença de hipertensão e obesidade reduz consideravelmente a qualidade de vida (OLIVEIRA-CAMPOS, 2013).

Quanto ao IMC, na primeira avaliação, o índice elevado reduziu significativamente o domínio relativo aos aspectos emocionais dos pacientes. Na avaliação pós-inserção, o menor IMC esteve relacionado para maiores escores dos domínios, significativamente associado à capacidade funcional e saúde mental. Comparando-se as correlações pré e pós-inserção dos participantes no programa, infere-se que otimizando o tratamento para a redução do peso, contribui-se para a redução do IMC e, conseqüentemente, para a recuperação da QVRS do paciente.

Um estudo realizado para avaliar a relação do IMC e qualidade de vida relacionada à saúde, onde se comparou pacientes com IMC normal e IMC elevado, controlando as características para comorbidades, identificou-se que pacientes obesos apresentaram maiores problemas quanto à mobilidade dor e, por conseguinte, uma inferior QVRS. Nesta direção, pode-se afirmar que a qualidade de vida melhora proporcionalmente à diminuição do IMC, minimizando ou eliminando as conseqüências para saúde física e para a saúde mental (SACH *et al.*, 2007; OLIVEIRA-CAMPOS, 2013).

Diante do exposto, baseando-se nas associações estabelecidas entre as variáveis clínicas e os domínios da QVRS, pode-se dizer que quanto mais presente a variável atividade física, melhor será a QVRS dos pacientes. Em relação às variáveis comorbidades e IMC, observa-se que houve uma relação inversa com os domínios, contribuindo significativamente para redução da QVRS, pois, quanto maior o número de comorbidades e quanto maior o valor do IMC, menor a QVRS dos

pacientes. E ainda, não se observou correlações significativas entre as variáveis peso, pressão arterial sistólica e diastólica e os domínios da QVRS.

Quanto a ausência de significância entre peso e QV geral, um estudo de intervenção realizado para analisar o efeito da perda de peso e melhoria geral da QVRS, encontrou progresso nos escores dos domínios: aspectos físicos, capacidade funcional e saúde mental. No entanto, o peso não apresentou associação significativa com nenhum domínio da QVRS. Os autores atribuem a ausência desta correlação à menor sensibilidade do instrumento genérico às variações associadas com o peso, o que explica a necessidade de se utilizar um instrumento específico (WARKENTIN, 2014; BOLTON *et al.*, 2014).

Sendo assim, para uma melhor avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes obesos inseridos no programa de perda de peso, o presente estudo utilizou, além do instrumento SF-36, o questionário *IWQOL-Lite*. Por ser específico, este instrumento permite focar domínios, características e queixas mais relevantes decorrentes da obesidade, sendo mais sensível às mudanças na QVRS decorrentes do tratamento (KOLOTKIN, 2001).

Neste contexto, foi realizada a comparação dos resultados de correlações das variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios do instrumento específico *IWQOL-Lite*, na avaliação pré e pós-inserção dos pacientes no programa de perda de peso.

7.4 Correlações entre Características Sociodemográficas, Clínicas de Pacientes com Obesidade e Domínios do IWQOL-Lite

Referente aos termos comparativos entre as correlações das variáveis sociodemográficas com o *IWQOL-Lite* observou-se que na primeira avaliação a variável idade se correlacionou significativamente com o domínio dificuldade em locais públicos, sugerindo que quanto maior a idade do paciente obeso, maior as dificuldades em locais públicos. Esta correlação desapareceu na avaliação pós-inserção no programa de perda de peso. Provavelmente, o fato de grande parte da amostra se manter dentro de uma mesma faixa etária, justifique a escassez de correlações com os domínios do instrumento específico de avaliação.

Ainda no que diz respeito à idade, quando relacionada à obesidade, homens e mulheres tendem a ganhar peso a partir dos 30 anos, sendo este ganho

potencializado a partir dos 40 anos. Além disso, idade é um fator que está diretamente associado à qualidade de vida. Estudo realizado para avaliar a qualidade de vida de pessoas com obesidade mostrou que com o aumento da idade diminui a capacidade física e funcional do indivíduo obeso (WARD *et al.*, 2015; CHAGAS, 2015).

A variável sexo apresentou, na avaliação pré-inserção, correlação significativa e positiva com o domínio função física. Enquanto na segunda avaliação foi possível observar correlações positivas dessa variável com todos os domínios, à exceção do domínio vida sexual, o que representa melhoria nos escores de QV específica para perda de peso (*IWQOL-Lite*). Ou seja, após seis meses de tratamento, os participantes do sexo masculino alcançaram melhoria significativa da QVRS específica para a perda de peso.

Uma pesquisa realizada na França mostrou que meninos tinham mais frequentemente excesso de peso e obesidade do que as meninas, contudo, todas as pontuações referentes aos escores para medir a QVRS foram maiores para o sexo masculino, por este aspecto concluiu-se que o sexo pode modificar a associação entre indicadores de peso e QVRS em adolescentes. (BONSERAGENT *et al.*, 2012; SKAR; PÄIVI, 2014).

Referente à cor, a correlação positiva e significativa, mostrou que os pacientes de cor branca apresentavam dificuldades em locais públicos na avaliação pré-inserção, porém, na segunda avaliação, não ocorreu nenhuma associação significativa entre cor e os escores/domínios do instrumento específico, sugerindo que a cor da pele não exerceu influência sobre a QV dos pacientes com obesidade.

São escassos os estudos que tratam da relação cor/raça e obesidade, sendo que dentre estes, o estudo que investigou a relação entre IMC e QV em uma população mista de europeus brancos e de etnia do sul da Ásia, encontrou associação significativa entre obesidade e baixa QV. Os resultados sugeriram que a etnia modifica esta relação, quando se trata de indivíduos de etnia não branca. Outra pesquisa realizada para identificar fatores associados à QVRS em adultos com sobrepeso ou obesos, encontrou que afro-americanos detinham melhor capacidade funcional e vitalidade, em detrimento dos caucasianos (VELASQUEZ-MELENDEZ, 2004; MCDONOUGH, 2013; WANG *et al.*, 2013).

Quanto à escolaridade, na primeira avaliação essa variável correlacionou-se significativamente com o domínio vida sexual, já na segunda avaliação, aumentou o

número de associações positivas, também se correlacionando com a autoestima e o trabalho. Ou seja, as associações positivas e significativas no seguimento do programa de perda de peso representaram que na amostra estudada, ter maior nível de escolaridade contribuiu para a melhoria da vida sexual, autoestima e trabalho.

Estudo realizado para avaliar a QVRS em paciente obesos e diabéticos em Luxemburgo, mostrou que aqueles que obtiveram perda de peso possuíam maior nível de escolaridade e estiveram associados positivamente à melhoria da QVRS de pacientes diabéticos (TCHICAYA, 2015).

Assim como no instrumento genérico, comparando-se as associações entre as variáveis clínicas e os domínios do *IWQOL-Lite* na avaliação pós-inserção, a variável atividade física contribuiu fortemente para a melhoria da QVRS em quase todos os domínios do instrumento, à exceção do domínio vida sexual. Esse achado vem corroborar com os resultados entre as associações desta variável com os domínios do SF – 36, também na avaliação pós-inserção. O resultado das associações significativas em ambos os instrumentos mostrou o impacto da prática da atividade física na melhoria da qualidade de vida geral e específica dos indivíduos com obesidade participantes do programa de perda de peso.

A literatura traz que a atividade física é fundamental para o aprimoramento da qualidade de vida, pois apresenta impacto consistente no domínio dos aspectos físicos da qualidade de vida em geral (CAPUTO; ZANUSSO, 2014).

No que tange ao variável número de comorbidades no momento da pré-inserção, a pesquisa demonstrou que o maior número de comorbidades prejudicou o domínio trabalho. Pós-inserção, o número de doenças associadas deixou de interferir no trabalho e passou a impactar negativamente no domínio vida sexual dos pacientes.

Em relação ao peso, todas as correlações do peso com os domínios do instrumento específico foram negativas. Logo, quanto maior o peso, menor a qualidade de vida específica para a perda de peso. Após a inserção no programa, o domínio trabalho deixou de sofrer influência negativa do peso, que se associou negativamente somente com o domínio dificuldades em locais públicos. Diante deste fato, infere-se que a redução do peso alcançada pelos pacientes incorreu na redução do dano e, por conseguinte, impactou na melhoria da QV referente à perda de peso. Contudo, segundo Warkentin (2014), utilizando instrumento específico de avaliação da melhoria da QVRS, o índice de perda de peso deverá ser maior ou igual a 20%.

O IMC produziu na avaliação pré-inserção uma relação inversa e significativa com todos os domínios, exceto com o domínio autoestima. Na avaliação pós-inserção, a correlação negativa e significativa se deu somente com o domínio dificuldades em locais públicos, onde a redução do IMC elevou os escores dos demais domínios, impactando na melhoria na QV referente à perda de peso dos participantes.

De acordo com Rotheberg (2014), a redução de IMC, presença de comorbidades e menor valor total dos escores do instrumento na primeira avaliação, estão colocados como sendo os fatores mais associados com melhorias na qualidade de vida após perda de peso.

No presente estudo, o *IWQOL-Lite* apresentou que a idade dos pacientes exerceu pouca influência na qualidade de vida específica para o peso. Ser do sexo masculino significou ter maior escore nos domínios função física, autoestima, dificuldades em locais públicos, trabalho e no valor total do instrumento. Autores corroboram com o resultado encontrado para a variável sexo, sendo que o estudo de Skar; Päävi (2014) também evidenciou que os homens obesos têm melhores escores referentes à QVRS que as mulheres.

Ainda sobre os dados sociodemográficos, ter se auto declarado de pele branca aumentou o escore somente para dificuldades em locais públicos e, quanto maior o nível de escolaridade, maior o impacto positivo na QVRS relacionada à perda de peso.

Os resultados da QVRS variam de acordo com o tipo de medida, de onde se extrai o valor potencial no uso de mais de um instrumento de avaliação. Assim, também o uso do IMC associado a outras medidas antropométricas podem ajudar a melhor identificar os impactos da perda de peso na QVRS, contudo, a otimização da QV relacionada à perda de peso, está potencialmente associada ao tratamento clínico ou cirúrgico (KOLOTKIN, et al., 2009; ROTHEBERG, 2014; WARKENTIN, 2014).

No presente estudo, houve várias associações, sociodemográficas e clínicas, aos instrumentos de avaliação genérico e específico. Contudo, após inserção no programa de perda de peso, o sexo e a atividade física, foram os fatores que mais se relacionaram aos instrumentos e os que mais contribuíram para melhoria da QVRS tanto geral como específica.

7.5 Correlações entre as Médias por Domínio dos Instrumentos *IWQOL-Lite* e SF-36 nas Avaliações Pré e Pós-inserção no Programa de Perda de Peso

Após seis meses de tratamento clínico para a obesidade, comparando as médias resultantes do *IWQOL-Lite*, não se observaram alterações significativas nos participantes. Porém, notou-se um discreto aumento em favor dos domínios função física, vida sexual e trabalho, sugerindo que a perda de peso, concomitante ao maior período de tratamento e observação, poderá impactar significativamente na melhoria da QVRS.

É importante ressaltar que o impacto da perda de peso na QV, quando avaliado por meio do instrumento *IWQOL-Lite*, já acontece com a redução de 5 a 10% de perda de peso quando se evidencia melhora nos domínios função física e autoestima. Para aqueles pacientes com perda maior ou igual a 10% do peso, ocorre melhora em todas as dimensões (*VASILJEVIC et al, 2012*).

No SF-36, o domínio aspectos emocionais faz parte do componente saúde mental deste instrumento, onde uma perda de peso de 5 a 10% produz impacto em alguns domínios da QVRS, melhorando a saúde física, em detrimento da mental. Outro estudo realizado com obesos graves, classe essa também conhecida como obesidade mórbida, mostrou que seis meses após iniciado o tratamento clínico, já há melhora da QV, com uma perda de peso superior aos índices de 5 a 10% (*KROES et al., 2016; WARKENTIN, 2014*).

A análise dos dados evidenciou que a redução de peso foi suficiente para a melhoria dos aspectos físicos da QVRS dos pacientes. Pode-se também notar que houve uma aproximação ao valor de significância para o domínio, aspectos emocionais. Baseando-se nestas observações, a partir do presente estudo, infere-se que a redução do peso, além de favorecer a saúde física, pode favorecer a saúde mental.

Um estudo que objetivou investigar o impacto de sintomas físicos, doenças somáticas e sofrimento psicológico nos domínios físico e mental de QV na obesidade, encontrou que o bem-estar psicológico é a correlação mais importante da QV de pacientes obesos, tanto nos aspectos físicos como nos aspectos emocionais (*CORICA, 2007*).

7.6 O Programa de Perda de Peso e Abordagem Multidisciplinar

O programa para redução de peso e obesidade tem o objetivo de reduzir o peso e o risco metabólico dos pacientes. Além da clínica especializada, oferece educação nutricional e física, orientação do enfermeiro, do assistente social e do psicólogo. No campo de formação, conta também com o empenho dos residentes de medicina e de nutrição, que acompanham e executam atividades. O programa faz parte do serviço de alta complexidade ofertado pelo Sistema Único de Saúde, em parceria com o Hospital Universitário de Sergipe, e também oferece tratamento cirúrgico para obesidade.

A prevenção e a cura da obesidade passam pela conscientização da população e dos profissionais de saúde. É preciso ressaltar a importância da prática de atividade física e a alimentação adequada. Combater e prevenir requer medidas imediatas. Com o objetivo de sensibilizar a população, o dia 11 de outubro foi instituído legalmente como sendo o Dia Nacional para Prevenção da Obesidade (SBEM, 2016).

No presente estudo, à medida que se observou, em termos comparativos, melhorias da QVRS após seis meses de seguimento, em detrimento dos dados da admissão dos pacientes, pode-se reconhecer o êxito do programa de perda de peso. Não obstante, na oferta do tratamento para reduzir qualquer percentual de peso, faz-se necessário a conscientização e atuação da equipe multidisciplinar, capaz de empoderar o paciente no aumento do autocuidado, assim como na identificação e superação de barreiras que impeçam o sucesso do tratamento clínico para obesidade (PADWAL, 2013).

Neste contexto, faz-se necessária a presença do enfermeiro agregado à equipe multiprofissional, no sentido de educar os pacientes a melhorar suas habilidades no gerenciamento do peso, e desenvolver um plano de tratamento voltado para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, levando em consideração os fatores sociodemográficos e clínicos que contribuem para a obesidade. E, sobretudo criar e (re)criar estratégias voltadas para conscientização e sensibilização seja dos pacientes e/ou dos profissionais de saúde.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a avaliação da QVRS de pacientes antes e seis meses após a inserção destes em um programa de perda de peso por meio da utilização dos instrumentos de avaliação genérico e específico. A medida de QVRS variou de acordo com o tipo de instrumento utilizado.

A moda de idade observada nos pacientes foi de 40 anos. Houve predominância de indivíduos obesos do sexo feminino, com a cor de pele não branca, baixa escolaridade, procedentes da grande Aracaju e que exerciam atividade remunerada. A maioria apresentou uma ou mais comorbidades, onde prevaleceu a hipertensão arterial, a utilização de três ou mais tipos de medicamentos. Para a maioria dos pacientes, houve perda de peso durante a participação no programa, e aproximadamente a metade destes praticavam atividade física durante o tratamento.

Foi possível verificar a associação entre a QVRS e as variáveis clínicas e sociodemográficas. Houve a redução do peso médio após seis meses de inserção no programa de perda de peso e, por conseguinte, houve redução dos níveis pressóricos. Portanto, a redução de peso pode contribuir para a melhoria da pressão arterial elevada.

Como fatores relacionados à melhoria da QVRS, as variáveis evidentes foram idades, sexo, nível de escolaridade, cor da pele, comorbidade, atividade física e IMC, com destaque para as variáveis, sexo e atividade física.

A cor da pele apresentou menor número de associação tanto em relação aos domínios do instrumento genérico, quanto ao específico. A idade pouco se correlacionou com o instrumento específico, contudo, obteve-se que quanto maior a idade do paciente obeso, maior a dificuldade em locais públicos.

Outras variáveis que apresentaram associações significativas antes e após a inserção no programa foram: comorbidades e IMC. Por se correlacionarem negativamente, quanto maior o número de comorbidades e IMC, menor os escores relacionados à QVRS.

A avaliação do instrumento específico mostrou que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o desempenho nos domínios autoestima, vida sexual e trabalho.

Após seis meses de inserção no programa, os fatores que se associaram positivamente com os instrumentos de avaliação de QVRS foram: sexo, atividade física e escolaridade, estes aumentaram a quantidade de associações significativas e positivas com os domínios dos instrumentos SF-36 e *IWQOL-Lite*. Todavia, os pacientes do sexo masculino, e aqueles que praticavam atividade física, foram os que mais apresentaram melhoria na QVRS geral e específica.

Quanto à redução do peso médio identificada no período, não impactou significativamente, entre as médias do instrumento, na avaliação da QVRS específica para o peso. Contudo, apresentaram-se suficientes para melhorar significativamente o domínio aspectos físicos na avaliação geral da qualidade de vida relacionada à saúde.

Diante do exposto, conclui-se que os fatores que estabeleceram relação mais consistente com a melhoria da QVRS dos participantes foram o sexo, a atividade física e, em menor grau, a escolaridade. A redução do peso alcançada, após os seis meses, dentre os vários domínios da QVRS, contribuiu para melhorar os aspectos emocionais e modificar positivamente os aspectos físicos dos pacientes inseridos no programa de perda de peso.

9 CONSIDERAÇÕES

A utilização de dois instrumentos, geral e específico, de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, assim como o pareamento dos resultados referentes aos mesmos sujeitos, são considerados os pontos fortes do presente estudo.

Contudo, pontua-se a existência de algumas limitações, como o tamanho limitado da amostra e o curto período de observação para avaliação da QVRS de pacientes obesos em tratamento ambulatorial. Em ambos os casos houve limitação quanto à generalização dos resultados encontrados. Uma amostra maior e com maior tempo de observação, poderia impactar na elevação do número de associações significativas quanto à melhoria da QVRS geral e específica.

Em contrapartida, ressalta-se que avaliar somente os pacientes admitidos no programa de perda de peso pela primeira vez, possibilitou maior fidelidade ao campo de pesquisa.

De outra maneira, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos no sentido de ampliar o número da amostra e o tempo de observação do tratamento clínico, podendo contribuir para identificar outros fatores associados à melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde.

Igualmente, acredita-se que os resultados desta pesquisa são relevantes no sentido de estimular outros estudos comparativos, instigar os profissionais de saúde e a população quanto à otimização de atitudes no incentivo à perda de peso. Além de subsidiar políticas de saúde local, no sentido da ampliação da oferta de serviços de saúde voltados à prevenção e cura da obesidade.

10 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B. *et al.* **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**: Escola de Artes Ciências e Humanidades - EACH/ Universidade de São Paulo. 22 ed. São Paulo: GODOI TRIGO, p.13-50, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Genética: causa comum de obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/revista54/genetica.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 /** Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. 2011. **Doenças desencadeadas ou agravadas pela obesidade**. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/28/5521afaf13cb9.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2016.
- BARBATO, K.B.G, *et al.* Effects of greater-than-5% weight reduction on hemodynamic, metabolic and neuroendocrine profiles of grade I obese subjects. **Arq. Bras. Cardiol.** 2006. v. 87, n.1, 12-21. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001400003>>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- BARTOLOMUCCI, A.; RAZZOLI, M. The Dichotomous Effect of Chronic Stress on Obesity. **Trends in Endocrinology & Metabolism**, USA, v. 27, n.7, p.504-515, jul. 2016. Disponível em: <[http://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760\(16\)30023-6](http://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760(16)30023-6)>. Acesso em: 08 jul. 2016.
- BISH, *et al.* Health-Related Quality of Life and Weight Loss among Overweight and Obese U.S. Adults, 2001 to 2002. **Obesity**, v. 14, p. 2042–2053, 2006. Suplemento. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.239/full>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- BLOCH, K. V. *et al.* ERICA: Prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 50, supl. 1, 9s, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006685>>. Acesso em: 8 jul. 2016.
- BOLTON, K.K., *et al.* The effect of gender and age on the association between weight status and health-related quality of life in Australian adolescents. **BMC Public Health**. v.14, 2014, 898 [internet]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158070/>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BONSERGENT E, *et al.* Effect of gender on the association between weight status and health-related quality of life in adolescents. **BMC Public Health**. nov.2012, n.18,

v.12, p.997. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524037>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Ministério da Saúde**.

2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 08 jul. 2016.

BRASIL. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo: Editora AC

Farmacêutica, 3ed. 2009. Disponível em:

<http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2016.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cad. Atenção Básica**, v.1, n.38, p. 212. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://editora.saude.gov.br/epub/cadernos-de-atencao-basica-n-38-estrategias-para-o-cuidado-da-pessoa-com-doenca-cronica-obesidade>>. Acesso em: 5 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cad. Atenção Básica**, v. 1, n.12, p.108, Brasília, DF. 2006a. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab12>>. Acesso em: 13 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.

Cad. Atenção Básica, v. 1, n. 15. Brasília, DF. 2006b. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Sergipe**. 5. ed. Brasília - DF. 2011. p.34.

BRASIL. **Obesidade estabiliza no Brasil, mas excesso de peso aumenta**.

Abr. de 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Portaria nº 424/GM de 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas. **Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde BVS MS**. 2013a. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118324-424.html>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

BRASIL. Portaria nº 425/GM de 19 de Março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência ao Indivíduo com

Obesidade. 2013b. **Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde BVS MS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html> Acesso em: 25 mai. 2016.

BRASIL. Sistema de Legislação da Saúde. Portaria nº 252GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013 que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) 2014**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

BRASIL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2014. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

BRILMANN, M.N.; OLIVEIRA, M.S. THIERS, V.O. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde e obesidade. **Cad. Saúde Colet**. v.15, n.1, p. 39-54, 2007. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2007_1/artigos/IESC_2007-01_Artigo_3.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2016.

BYE, C.; AVERY A.; LAVIN, J. Tackling obesity in men-preliminary evaluation of men-only groups within a commercial slimming organization. **J Hum Nutr Diet**, v. 18, n. 5, p.391-394, 2005.

CAGNEY, K.A. *et al*. Formal literature review Of quality-of-life instruments used in end-stage renal disease. **American Journal of Kidney Disease**, v.36, n. 2, p. 327-336, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10922311>>. Acesso em: 05 mai. 2016

CAMPOS GWS. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAPUTO, E. L.; ZANUSSO, M. C. Influência da atividade física na qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. **Rev Bras Reumatol**, v. 54, n. 6, nov/dez. 2014, p. 467-473. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000600467>. Acesso em: 30 mai. 2016.

CHAGAS, M. O; NEVES, S. M. M. Avaliação da qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. **Estudos, Goiânia**, v. 42, n. 4, p. 465-479, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/4364/2500>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

CHUANG, *et al.* Midlife adiposity predicts earlier onset of Alzheimer's dementia, neuropathology and presymptomatic cerebral amyloid accumulation. **Molecular Psychiatry**, v. 21, p. 910-915, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/mp/journal/v21/n7/full/mp2015129a.html>> Acesso em: jul. 2016.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev bras. Reumatol.** 39, n 3, junho de 1999. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Rev.%20bras.%20reumatol&connect=ET&lang=pt>>. Acesso em 10 de Jul. 2016.

COLLABORATION, The Global BMI Mortality. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. **The Lancet**, Suplemento, jul. 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30175-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30175-1/fulltext)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/2015**. Altera anexo da Resolução CFM n.1.942/10 que Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. 2015. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2131_2015.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CORDEIRO, J.P. *et al.* Hipertensão em estudantes da rede pública de Vitória/ES: influência do sobrepeso e obesidade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, 2016. v.22, n.1, p. 59-65. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162201134305>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CORICA, F. *et al.* Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS Study. **Int J Obes**, London, jan/2008, v.32, n. 1, p. 185-191. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17653068>>. Acesso em: 21 mai. 2016.

COUTINHO, W. Consenso latino-americano de obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 21-67, fev/1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2016.

COUTINHO, J.G. *et al.* A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, sup. 2, p. 5332-5340, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s2/18.pdf?origin=publication_detail> Acesso em: 31 mai. 2016.

FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA (FELAEN) E FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE OBESIDADE (FLASO). **Declaração da federação latino-americana de endocrinologia e federação latino-americana de**

obesidade. Disponível em:

<<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/91/572a58480cbd8.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

DONKIN, et al. Obesity and Bariatric Surgery Drive Epigenetic Variation of Spermatozoa in Humans. **Cell Metabolism**, v. 23, n. 2, p. 369-378, dez./fev. 2016. Suplemento. Disponível em: <http://www.cell.com/pb-assets/journals/research/cell-metabolism/on/cmet1935_r.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2016.

DUQUE-GUIMARÃES, D E.; OZANNE, SUSAN E. Nutritional programming of insulin resistance: causes and consequences. **Trends in Endocrinology & Metabolism**, Cambridge, v. 24, n. 10, p. 525-535, out. 2013. Disponível em: <[http://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760\(13\)00088-X](http://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760(13)00088-X)>. Acesso em: 04 jul. 2016.

EBRAHIM J: Clinical and public health perspectives and applications of health related quality of life measurement. **Soc. Sci Med.** 41, 1995. p.1383-94.

FARIA, B. V. Impactos do Programa de Obesidade Mórbida e cirurgia bariátrica do Hospital de Força Aérea do Galeão na qualidade de vida dos operados. IN: REUNIÃO DE AVALIAÇÃO: TEMAS DA ATUALIDADE: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA AVALIAÇÃO. 2. **Anais.** Rio de Janeiro. Fundação Cesgranrio. FAPERJ. p. 161-173, 2012. Disponível em:<http://mestrado.cesgranrio.org.br/pdf/MESTRADO_ANAIS%20DA%20II%20REUNI%C3%83O%20DE%20AVALIA%C3%87%C3%83O_2012.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FARIAS JUNIOR, J. C. *et al.* A atividade física, fatores ambientais e psicossociais percebidos em adolescentes de Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 941-951, mai. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000500941&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FERNANDES, A. E.; FUJIWARA, C.T.H; MELO, M.E. **Genética:** Causa Comum de Obesidade. Grupo de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. ABESO, 2011. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/revista54/genetica.pdf>>. Acesso em: 29 Jun. 2016.

FERREIRA, B. E. **Qualidade de vida de portadores de HIV atendidos no Hospital-Dia Profª Esterina Corsini em Campo Grande – MS.** p. 88. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Campo Grande, 2009/jul. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/handle/123456789/312>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

FINUCANE, M. M. *et al.* National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9 1 million participants. **Lancet**, London-England, v. 377, n. 9765, p. 557-567, fev. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4472365/#__ffn_sectitle>. Acesso em: 28 jun. 2016.

FISHER, R. A. On the Interpretation of χ^2 from Contingency Tables, and the Calculation of P. **Journal of the Royal Statistical Society**, v. 85, n. 1, p. 87–94, 1922.

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida**. Guia para profissionais da saúde. artmed. Porto Alegre.p.21- 27, 2008, 228p.

FREDERICKC. B.; SNELLMAN K.; PUTNAM, R.D. **Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity**. Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America (PNAS), 2014 v.111 n. 4 p.1338-1342; January 13, 2014. Disponível em: <<http://www.pnas.org/content/111/4/1338.full.pdf?sid=4b3eaf67-4612-40a0-9b68-8d59c6c26f5f>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

GLOBO.COM. **Economia**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2013/08/veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil.html>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

GORDIA, A. P; *et al.* Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **R. bras. Qual. Vida**, vol. 3, n. 1, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812>>. Acesso em: 08 Jun. 2016.

GUILFORD, J. P. **Fundamental statistics in psychology and education**. 4th ed. New York: McGraw-hill Book, 1950.

HUANG, Z. *et al.* Body weight, weight change, and risk for hypertension in women. **Ann Intern Med**. v.128; n. 2 p.81-88, 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16682976>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **Overweight and obesity viz.seattle**, wa: ihme, university of washington, 2014. Disponível em: <<http://vizhub.healthdata.org/obesity>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil, 2010**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: 2010^a

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / **IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e

utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: **IBGE**: 2010b

INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE (IFPRI). **Annual Report** 2015. 2016. Disponível em: <<https://www.ifpri.org/blog/evolution-open-data>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

JAKICIC, JM. The effect of physical activity on body weight. **Research Journal Obesity (Silver Spring)**. v.17 n. 53, p. 534-538, Supl. 3, Dez. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2009.386/abstract>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

KEHER, G. M. et al. Prevenção e Tratamento da Obesidade: Indicativos do Sul do BRASIL. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá - PR, v. 6, n. 2, p. 427-432, 2007. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5352/3389>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

KENDALL, M. A New Measure of Rank Correlation. **Biometrika**, v. 30, n. 1-2, p. 81-89, 1938.

KOLOTKIN, R.L. *et al.* Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. **Obes Res**. v.9, p. 102-111, 2001. Disponível em: <<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/impact-of-weight-on-quality-of-life-lite/abs#2001>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

KOLOTKIN, R.L., *et al.* The relationship between health-related quality of life and weight loss. **Obes Res**, v. 9, p. 564-71, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2001.13/full>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

KOLOTKIN, R.L.; CROSBY, R.D. **Psychometric evaluation of the Impact of Weight on Quality Of Life-Life Questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample**. Reserarch, v.11, p.157-171, 2002. Disponível em:<<http://www.qualityoflifeconsulting.com/iwqol-lite.html>>. Acesso em: 02 Jul. 2016.

KOOHKAN, S. et al. The impact of a weight reduction program with and without meal-replacement on health related quality of life in middle-aged obese females. **BMC Women's Health**, Germany, v. 14, mar. 2016. Disponível em: <<http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-14-45>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

KOOHKAN, S. *et al.* **BMC Women's Health**. Março 2014. [PubMed - in process] Free PMC Article. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975286>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

KROES M, *et al.* Impact of weight change on quality of life in adults with overweight/obesity in the United States: a systematic review. **Curr Med Res Opin**.v.32, n.3, p.485-508, jan. 2016. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26652030>>. Acesso em: 29 mai. 2016.

KULIE, T. et al. Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review. **J Am Board Fam Med**, Madison - USA, v. 24, n. 1, p. 75-85, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/content/24/1/75.long>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

LAGUARDIA, et al. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil, 2008. **BioMed Central**, v.9, n. 1, p.1, 2011. Disponível em: <<http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-61>>. Acesso em: 25 mai. 2016

LENZ, M. R. T.; MÜHLHAUSER, I. The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. **DtschArzteblInt.** v.106, n.40, p.641-648, out. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770228/>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

LONGO, L. A. F. B. Raça/cor: uma visão antropométrica. Trabalho apresentado no **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, p.18-22, 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_377.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2016.

LORDELO, R. A. et al. Eixos hormonais na obesidade: causa ou efeito? **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 51, n. 1, p. 34-41, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2016.

MALNICK, S.D.H.; KNOBLER, H. The medical complications of obesity. **Q J Med**, Israel, v. 99, p. 565-579, ago. 2006. Disponível em: <<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/99/9/565>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 19, n. 3, fev. 2014. Suplemento. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12820/rb>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

MALTA, D. C. et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [onlinea] 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63044891008>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

MARIANO, et al. Psychometric Evaluation of a Brazilian Version of the Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL-Lite) instrument. **Eur Eat Disord**, v.18, n. 1, p.58-66, 2010.

MARIE NG, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 384, n.9945, p.766-781. Ago. 2014.

MCDONOUGH, C. et al. The association between body mass index and health-related quality of life: influence of ethnicity on this relationship. **Diabetes Obes Metab**, v. 13, n. 4, p. 342-348, dez. 2013. Suplemento.

MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Overcoming obesity: an initial economic analysis**. nov. 2014. Disponível em: <www.mckinsey.com/.../mgi_overcoming_obesity_full_report>. Acesso em: 06 jul. 2016.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18. 2000.

MORAES, S. A; HUMBERTO, J.S.M; FREITAS, I.C.M. Estado nutricional e fatores sócio demográficos em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2006: Projeto OBEDIARP. **Rev Bras Epidemiol**. 2011; v.14, n.4 p.662-676. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/13.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2016.

NAKAMURA, P. M. et al. Health related quality of life is differently associated with leisure-time physical activity intensities according to gender: a cross-sectional approach. **Health Qual Life Outcomes**, v. 18, n. 12, ago. 2014. Suplemento. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25135321>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

NONINO-BORGES, C.B.; BORGES, R.M.; SANTOS, J.E. Tratamento clínico da obesidade. v. 39 n. 2, p. 246-252, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/381/382>. Acesso em: 20 mai. 2016.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 873-882, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300033>. Acesso em: 06 jun. 2016.

ONIS, M. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantis. **J. Pediatr**. Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 105-107, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A classificação do IMC**. 1995. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 02 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Temas de saúde. Obesidade**. 2016. disponível em: <<http://www.who.int/topics/obesity/en>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Índice de massa corporal adequado para populações asiáticas e suas implicações para as estratégias políticas e de intervenção. Consulta a um especialista da OMS. **The Lancet**. v. 363, n. 9403, p. 157-163, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estado físico: o uso e interpretação do Relatório antropometria de uma série de relatórios da OMS Committee.**

Technical Expert, n. 854. Genebra. 1995. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_854.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 de jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estatísticas da Saúde Mundial de 2012.** Disponível em:

<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em: 05 de jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Obesidade: prevenção e gestão da epidemia global.** Relatório Genebra, 2006. séries relatório técnico. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42330/1/who_trs_894.pdf?ua=1&ua=1>.

Acesso em: 04 de jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Comissão sobre. Obesidade Infantil final.** 2016. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1>.

Acesso em: 5 Jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Comissão sobre. Obesidade Infantil final.** 2016. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1>.

Acesso em: 5 Jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. 2014.** Disponível em:

<<http://www.paho.org/bra/images/stories/UTFGCV/planofactionchildobesity-por.pdf?ua=1>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

PADWAL, R. S. et al. "The Evaluating Self-Management and Educational Support in Severely Obese Patients Awaiting Multidisciplinary Bariatric Care (EVOLUTION) Trial: Rationale and Design." **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 321, 2013.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751526/>>. Acesso em: 2 de jun. 2016.

PAVAO, A. L. B; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Auto avaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.723-734, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2016.

PEARSON, K. Notes on regression and inheritance in the case of two parents. **Proceedings of the Royal Society of London**, v. 58, n. 347-352, p. 240–242, 1895.

PEARSON, K. **The grammar of science.** London: J. M. Dent and Company, 1892.

PIRES, P.; CRUZ, P. S.; HALPERN, A. Obesidade na mulher / Obesity in the women. **Rev Bras Med**, v. 71, p.1-2, fev. 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5593&fase=imprime>. Acesso em: 03 jul. 2016.

PORTAL BRASIL. **Saúde. Estudo aponta importância da atividade física no combate à obesidade**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/estudo-aponta-importancia-da-atividade-fisica-no-combate-a-obesidade>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

PUCCI, G. C. M. F.; RECH, C. R.; FERMINO, R. C.; REIS, R. S. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 166-179, fev./2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2016.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

RANDO, O. J; SIMMONS, R. A. I'm eating for two: parental dietary effects on offspring metabolism. **Cell**, Cambridge, v. 161, n. 1, p. 93-105, 26/jul. 2016. Disponível em: <[http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(15\)00187-7](http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(15)00187-7)>. Acesso em: 05 jul. 2016.

RAZZOLI, M; BARTOLOMUCCI, A. The Dichotomous Effect of Chronic Stress on Obesity. **Trends in Endocrinology & Metabolism**. v. 27, n.7, p. 504-515. 2016. Disponível em: <[http://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760\(16\)30023-6](http://www.cell.com/trends/endocrinology-metabolism/fulltext/S1043-2760(16)30023-6)>. Acesso em: 12 jul. 2016.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C. Prevalência, Riscos e Soluções na Obesidade e Sobrepeso: Here, There, and Every where. **Arq Bras Endocrinol Metab**. Porto Alegre - R.S, v. 47, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n6/a01v47n6.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

ROBERTSON, C. et al. Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. **Health Technol Assess**, Winchester, Inglaterra, v. 18, n. 35, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4781190>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

ROCHA, S. V. et al. Sobrepeso/obesidade em professores: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** (RBCDH), v. 17, n 4, p. 450-459, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Saulo_Rocha2/publication/281801056_Sobrepesoobesidade_em_professores_prevalencia_e_fatores_associados/links/560d1f9108ae9755d9735dc4.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2016.

RODRIGUES, A.P.S; SILVEIRA, E.A. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. **Ciênc. saúde**

coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 165-174, jan. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100165&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2016.

ROTHBERG, A. E. et al. The impact of weight loss on health-related quality-of-life: implications for cost-effectiveness analyses. **Qual Life Res** out./2014. Disponível em: <<https://www.docphin.com/research/article-detail/4611363/PubMedID-24129672/The-impact-of-weight-loss-on-health-related-quality-of-life-implications-for-cost-effectiveness-analyses>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SACH, T.H, et al. The relationship between body mass index and health related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D international **Journal of Obesity**, n.31, 189-196. Disponível em: <<http://www.nature.com/ijo/journal/v31/n1/full/0803365a.html>>. Acesso em: 29 mai. 2016.

SANTOS, H.N.; LIMA, J.M.S.; SOUZA, M.F.C. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1359-1365, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501359&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2016.

SANTOS, R; PEREIRA, J. O peso da obesidade: avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes de farmácias. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 26, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2008/03_1-2008.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2016.

SHI, H.: CLEGG, D. Sex Differences in the Regulation of Body Weight. **Physiology & Behavior**, v. 97, n. 2, 199–204. 2009. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.02.017>>. Acesso em 02 jun. 2016.

SILVA, I.L.; PAES-RIBEIRO, J.L.; CARDOSO, H. Contributo para adaptação para a população portuguesa de uma escala de avaliação da qualidade de vida específica para doentes com obesidade: a orwell - 97. **Psicologia Saúde & Doenças**, v. 9, n. 1 p. 29-48, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a04.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

SILVA P.C.S et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 9, n.5, p. 7924-35, 2015. Disponível em:<www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SILVA, D. A. S. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe, Brasil. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 29, n. 4, p. 529-535, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2016.

SILVA, D.A.S. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em pré-escolares de alto nível sócio econômico da cidade de Aracaju - SE.** Medicina (Ribeirão Preto), v.4, n. 2, p.177-81, 2008.

SILVA, P. C. D. S. D. et al. Fatores Associados com a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 5, p. 7924-7935, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7193/12248>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

SINZATO, E. Avaliação da qualidade de Vida de Obesos. **Estudos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, Goiânia, v. 34, n. 1/2, p. 35-41, fev. 2007.

Disponível em:

<<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/306/247>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

SKÄR, L.; PÄIVI, J.; SÖDERBERG, S. Health-related quality of life and sense of coherence among people with obesity: Important factors for health management. **SAGE open Medicine**, n. 2, jan./dez. 2014. Suplemento. Disponível em: <<http://smo.sagepub.com/content/2/2050312114546923.full>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Jornal Brasileiro de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 32, Suplemento 1, p.1-51. 2010. Disponível em: http://sbn.org.br/app/uploads/diretrizes_hipertensao_vi1.pdf. Acesso em: 05 mai. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). **10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Dislipidemia.** Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-dislipidemia/>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **11 de Outubro é Dia Nacional de Prevenção da Obesidade.** Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/11-de-outubro-e-dia-nacional-de-prevencao-da-obesidade/>>. Acesso em: 02 mai. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). **Sobrepeso e obesidade: diagnóstico.** 1999. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/089.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

SOUZA N. P. P; OLIVEIRA M.R.M. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Rev. Simbio-Logias**. v. 1, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio->

Logias/artigo_nutr_12_o_ambiente_como_elemento_determinante_da_ob.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2016.

SOUZA, G.E.S. et al. Exercícios físicos como ferramenta de enfrentamento às comorbidades associadas à obesidade: revisão da literatura. **Arch Health Invest**. v.5, n. 2: p.112-119, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i2.1307>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

STUBBS, RJ et al. Weight outcomes audit in 1.3 million adults during their first 3 months' attendance in a commercial weight management programme, **BMC Public Health**, v. 15, n. 882, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566482/>>. Acesso em 25 jun. 2016

STUDENT. The Probable Error of a Mean. **Biometrika**, v. 6, p. 1–25, 1908.

TAUBES, G. Treat obesity as physiology, not physics. **Nature News**, v. 492, n. 7428, dez./2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.nature.com/news/treat-obesity-as-physiology-not-physics-1.12014>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

TAVARES, T.; NUNES, S.; SANTOS, M. Obesidade e qualidade de vida: revisão de literatura. **Revista médica de Minas Gerais – rmmg**, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>. Acesso em: 05 mai. 2016.

TCHICAYA, A. et al. Relationship between self-reported weight change, educational status, and health-related quality of life in patients with diabetes in Luxembourg. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, n. 149, Luxembourg, 2015. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0348-8>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

TEAM R. C. A Language and Environment for Statistical Computing, Vienna, Austria, R Foundation for Statistical Computing, 2016.

VASILJEVIC, N. et al. The Relationship Between Weight Loss and Health-related Quality of Life in a Serbian Population **Eur Eat Disord Rev**, v.20, n.2, p.162-168, mar./2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21721068>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

VELASQUEZ-MELENDEZ, G.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 5, p. 308-314, nov./2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004001100003>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

WANG, J. et al. Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 15, p. 2172-2182, ago./2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23829404>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

WARD, J. et al. Association of socioeconomic factors with body mass index, obesity, physical activity, and dietary factors in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil:

The BH Health Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 182-194, nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300182&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2016.

WARE, J.E; GANDEK, B. IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. **Int J Ment Health**.v.23, n. 2, p. 49-73, 1994.

WARKENTIN LM, et al. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. **Obes Rev**. v.15, n.3, p.169-182, mar./2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12113/abstract>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

WARKENTIN, L. M. et al. "Weight Loss Required by the Severely Obese to Achieve Clinically Important Differences in Health-Related Quality of Life: Two-Year Prospective Cohort Study." **BMC Medicine**. v. 12, p.175, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212133/>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

WEE, C.C, DAVIS, R.B., HAMEL, M.B. Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. **Health Qual Life Outcomes**. v. 30, n.6, jan.2008.

WILCOXON, F. Individual comparisons by ranking methods. **Biometrics Bulletin**, v. 1, n. 6, p. 80–83, 1945.

11 APÊNDICES

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto: Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos Antes e Após Inserção em um Programa de Perda de Peso.

Pesquisadora: Luzineide de Jesus Bezerra Modesto.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Freire Abud.

I - Você está sendo convidado para participar, como entrevistado, da pesquisa intitulada “Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos Antes e Seis Meses Após Inserção em um Programa de Perda de Peso”. Realizada por **Luzineide de Jesus Bezerra Modesto** mestranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

Você será entrevistado(a) pela própria pesquisadora, respondendo a perguntas sobre o tema Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pessoas com sobre peso e obesas. Serão aplicados 03 questionários, o questionário sócio econômico, o SF36, composto de 36 questões e o IWQOL-Lite composto de 31 questões. Os dois últimos serão aplicados antes e seis meses após a inserção no programa de perda de peso. Estas informações serão fornecidas por sua participação voluntária neste estudo que visa conhecer como se apresenta a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de indivíduos com sobre peso e obesos, participante de um programa de perda de peso destinado aos usuários do SUS que são atendidos no Ambulatório de Especialidades da Universidade Federal de Sergipe.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não acarretará penalização ou

prejuízo algum.

A pesquisa envolve riscos mínimos para os sujeitos envolvidos, relativos a dados pessoais, no entanto a garantia do sigilo e do anonimato e a posse exclusiva das informações pela pesquisadora responsável pelo estudo anulam a possibilidades desses riscos, conforme assegura a Resolução 466/2012.

Acredita-se que os resultados do estudo trarão como benefícios a disponibilidade de dados importantes sobre obesidade e subsídios para implantação e implementação de políticas públicas de saúde, sobre esse grave problema de saúde pública.

II – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

2.1 Dados do Pesquisador: Luzineide de Jesus Bezerra Modesto. Enfermeira - NUCAAR – Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da SMS/AJU. Rua Sergipe, SN – Bairro: Siqueira Campos – Aracaju/Se. Telefones:(79) 9809 – 8631 e (79) 3179 -1024 (comercial).

2.2 Dados do orientador: Prof^a.Dr^a. Ana Cristina Freire Abud. Universidade Federal de Sergipe. Campus da Saúde. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefones:(79) 9800 – 6798 e (79) 2105-1813 (comercial).

III – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 20____.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do voluntário

LUZINEIDE DE J. B. MODESTO.

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Apêndice B - Autorização para Pesquisa

Aracaju, 02 de Março de 2015.

À

Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe - UFS (HU/UFS).

Rua Cláudio Batista, S/N, Bairro Sanatório.

CEP 49060-100, Aracaju/SE.

Assunto: Solicitação de Autorização

Prezado Senhor (a)

Eu, Luzineide de Jesus Bezerra Modesto, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Sergipe, responsável pelo projeto dissertação de Mestrado sob o título “**Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos antes e após inserção em um programa de perda de peso**” venho pelo presente, solicitar autorização para realizar pesquisa, conforme projeto anexo, no serviço de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário. Sob a orientação da Dra. Ana Cristina Freire Abud do Programa de Pós Graduação de Enfermagem (PPGEN), professora efetiva com Dedicação Exclusiva (DE), endereço de email: acfabud@uol.com.br, telefone para contato: (79) 99800 -6798.

Qualquer dúvida pode ser dirimida por meio do contato nos telefones: (79)9809-8631/9800-6798, (79)3303-1627 ou e-mail: ljbmodesto@hotmail.com. Após

a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas do Núcleo de Ensino e Pesquisa. Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento

Atenciosamente,

Luzineide de Jesus Bezerra Modesto.
RG 959083/SSP/SE

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Apêndice C - Termo de Confidencialidade para o Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário

Pesquisa: **Avaliação da qualidade de vida de indivíduos antes e após inserção em um programa de perda de peso.**

Autora: Luzineide de Jesus Bezerra Modesto.

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de indivíduos inseridos no Programa de Obesidade no Serviço de Endocrinologia do Ambulatório do Hospital da Universidade Federal de Sergipe. O estudo não oferece qualquer risco, desconforto e despesas financeiras a vossa senhoria ou a instituição. Os resultados do estudo serão importantes para conhecer o perfil dos pacientes atendidos na instituição e da aplicabilidade do Programa de Redução de Peso. As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com o propósito científico, conforme recomendada a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão publicados com garantia de anonimato dos sujeitos da pesquisa. O(A) Sr.(a) poderá ter acesso aos dados da pesquisa, em qualquer tempo, eliminando possíveis dúvidas.

Informações dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Pesquisadora: Luzineide de Jesus Bezerra Modesto. Enfermeira -NUCAAR – Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da SMS/AJU. Rua Sergipe, SN – Bairro: Siqueira Campos – Aracaju/Se. Telefones (79) 3179 -1024 (comercial). Celular: 9809 – 8631.

2. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Freire Abud, Universidade Federal de Sergipe - Campus da Saúde, Rua Cláudio Batista, SN - Bairro: Sanatório - Aracaju/Se. Telefones (79) 2105-1813 (comercial).

IV – Consentimento

Declaro que após, convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, consinto o acesso aos prontuários para a referida pesquisa.

Aracaju / SE, 10 de março de 2015.

Ana Paula Lemos Vasconcelos

Assinatura da Direção do Ambulatório
de Especialidades do H.U.

Ana Paula Lemos Vasconcelos
Coordenadora do Centro de Cuidados
COREN/SE 06479
HU - UFS/EBSERH

Lazincide de Jesus Rezina Matos

Assinatura da Pesquisadora

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Apêndice D - Questionário Sociodemográfico

Data da 1ª Avaliação: _____ Prontuário nº _____ NIP _____

Data da 2ª Avaliação: _____

Médico/Nutricionista _____

Identificação do Paciente

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Naturalidade: _____

Residência: _____

_____ Telefone: _____

Cor da pele (referida): () branca () não branca

Situação conjugal:

() Com companheiro fixo () Sem companheiro fixo

Atividade remunerada: () Sim () Não

Renda individual (salário mínimo):

() <1 () entre 1 e 3 salários () > 3 salários

Renda familiar (renda total da família dividida pelo número de pessoas na casa):

() <1 salário () igual a 1 salário () entre 1 e 3 salários () >que 3 salários

Nível de Escolaridade (em anos completos): _____

Altura: _____ Peso₁: _____ Peso₂: _____ IMC₁: _____ IMC₂: _____

Atividade Física₁: () Sim () Não

Se sim, qual atividade e a frequência? _____

Outra doença? () Sim () Não. Se sim, qual? _____

Tratamento atual? (medicamentos usados): _____

Observação: _____

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Anexo 1- Questionário IWQOL-Lite (Impact of weight on quality of life-lite)

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Responda às afirmações a seguir circulando o número que corresponda à afirmação que melhor se aplica à sua condição nos últimos 7 dias. Seja o mais franco possível. Não existem respostas certas nem erradas.

Função física		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade
1.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em apanhar objetos do chão	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em amarrar meus sapatos.	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em me levantar de cadeiras.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em subir e descer escadas.	5	4	3	2	1
5.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em me vestir e em tirar minha roupa.	5	4	3	2	1
6.	Devido ao meu peso, tenho dificuldades em me deslocar.	5	4	3	2	1
7.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em cruzar as pernas.	5	4	3	2	1
8.	Sinto falta de ar mesmo com esforços físicos mínimos	5	4	3	2	1
9.	Fico incomodado porque minhas articulações ficam duras ou com dor	5	4	3	2	1
10.	Os meus tornozelos e a parte inferior das pernas ficam inchados no final do dia.	5	4	3	2	1
11.	Estou preocupado com a minha saúde.	5	4	3	2	1
Autoestima		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade
1.	Devido ao meu peso, fico preocupado com minha	5	4	3	2	1

	imagem diante dos outros.					
2.	Devido ao meu peso, a minha autoestima não é não é tão boa quanto poderia ser	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, sinto-me inseguro.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, não gosto de mim	5	4	3	2	1
5.	Devido ao meu peso, tenho medo de ser rejeitado.	5	4	3	2	1
6.	Devido ao meu peso, evito olhar para espelhos ou ver fotografias minhas.	5	4	3	2	1
7.	Devido ao meu peso, me sinto constrangido de ser visto em lugares públicos.	5	4	3	2	1
Vida sexual		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade
1.	Devido ao meu peso, não sinto prazer em atividades sexuais.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, sinto pouco ou nenhum desejo sexual.	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade no desempenho sexual.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, evito encontros sexuais sempre que possível.	5	4	3	2	1
Dificuldades em locais públicos		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade
1.	Devido ao meu peso, sou ridicularizado, sofro gozação ou atenção indesejada.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, me preocupo se vou caber em assentos em lugares públicos (por exemplo, cinemas e teatros, restaurantes, carros ou aviões).	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, me preocupo se vou conseguir passar em corredores estreitos ou roletas.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, me preocupo em procurar cadeiras suficientemente fortes para aguentarem o meu peso.	5	4	3	2	1
5.	Devido ao meu peso, me sinto discriminado pelos outros.	5	4	3	2	1
Trabalho (Obs.: Se você é do lar ou aposentados, responda com relação às suas atividades diárias).		Nunca Verdade	Raramente Verdade	Algumas Vezes Verdade	Geralmente Verdade	Sempre Verdade

1.	Devido ao meu peso, tenho dificuldade em desempenhar as minhas tarefas ou em cumprir as minhas obrigações.	5	4	3	2	1
2.	Devido ao meu peso, sou menos produtivo do que poderia ser.	5	4	3	2	1
3.	Devido ao meu peso, não recebo aumentos, promoções ou reconhecimento no trabalho.	5	4	3	2	1
4.	Devido ao meu peso, tenho medo de ir a entrevistas de trabalho.	5	4	3	2	1

IWQOL-Lite — português do Brasil

Copyright © Copyright 2000. Duke University Medical Center. Toda correspondência deve ser endereçada a: Ronette L. Kolotkin, Ph.D., Obesity and Quality of Life Consulting, 1004 Norwood Avenue, Durham, NC 27707, USA; Tel. +1 (919) 493-9995; Fax: +1 (919) 493-9925 (e-mail: rkolotkin@qualityoflifeconsulting.com)

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Anexo 2- Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde - SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Telefone: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades da vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 01(um) quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 04 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

FONTE: WARE at al. 1997

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJU/
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



Anexo 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida relaciona à saúde de indivíduos antes e após inserção em um-programa de perda de peso.

Pesquisador: LUZINEIDE DE JESUS BEZERRA MODESTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43135215.5.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.060.540

Data da Relatoria: 10/04/2015

Apresentação do Projeto:

O Projeto se destina à defesa de dissertação para o Mestrado em Enfermagem da UFS; e pretende estudar a qualidade de vida de pessoas obesas/sobrepeso, em relação à redução de peso obtida em programas de perda de peso.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos antes e seis meses após inserção em um-programa de perda de peso;
- Averiguar se há associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e as variáveis clínicas e sócio-demográficas dos indivíduos inseridos no programa de perda de peso;
- Identificar fatores relacionados à melhoria qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nestes indivíduos.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)2105-1805

Município: ARACAJU

E-mail: cephu@ufs.br

CEP: 49060-110

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJU/
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/HU/UFS



Continuação do Parecer: 1.060.540

Riscos e Benefícios:

- Os riscos desta pesquisa são mínimos: constrangimento na exposição dos dados pessoais e dispêndio de tempo para responder os questionários. O primeiro é atenuado pelo sigilo; e o segundo pelo benefício direto em oferecer acompanhamento psicológico para aqueles com índice de qualidade de vida baixo. O benefício indireto é a contribuição para implantação e implementação de políticas públicas de saúde, para controle deste grave problema social, ambiental e saúde pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma Pesquisa relevante, observacional, descritiva, exploratória, prospectiva com abordagem quantitativa; envolvendo participantes do programa de perda de peso, do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Os instrumentos serão aplicados antes e seis meses após inserção no referido programa, e constam de 3 questionários: informações sociodemográficas e clínicas, S F36 e IWQOL. A análise dos dados utilizará a estatística descritiva, e os testes Qui - quadrado e Exato de Fisher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto devidamente assinada.
- Cronograma com coleta de dados em 2 de maio, a reunião do Comitê foi 9 de maio de 2015.
- Orçamento de responsabilidade da pesquisadora.
- TCLE adequado necessitando escrever melhor os riscos e benefícios.

Recomendações:

- 1 - Corrigir a data da coleta de dados para após a aprovação do Comitê.
- 2 - Ler as reflexões sobre Riscos e Benefícios descritas neste Parecer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Não se aplicam

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LER O ITEM RECOMENDAÇÕES DESTE PARECER

Aracaju, 13 de maio de 2015.

Assinado por
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenadora)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório
UF: SE
Telefone: (79)2105-1805

Município: ARACAJU CEP: 49060-110
E-mail: cephu@ufs.br